



CATÓLICA
INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

CUIDAR DA FAMÍLIA DA PESSOA DOENTE EM SITUAÇÃO CRÍTICA QUE VIVENCIA UMA SITUAÇÃO DE *STRESS*: ESTRATÉGIA FACILITADORA NOS PROCESSOS DE TRANSIÇÃO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização
em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por João Pedro Afonso Gonçalves

LISBOA, Janeiro de 2015



CATÓLICA
INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

CUIDAR DA FAMÍLIA DA PESSOA DOENTE EM SITUAÇÃO CRÍTICA QUE VIVENCIA UMA SITUAÇÃO DE *STRESS*: ESTRATÉGIA FACILITADORA NOS PROCESSOS DE TRANSIÇÃO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização
em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por João Pedro Afonso Gonçalves

Sob orientação da Professora Doutora Isabel Rabiais

LISBOA, Janeiro de 2015

*“Você não pode mudar o vento, mas pode ajustar
as velas do barco para chegar onde quer”*

Confúcio

AGRADECIMENTOS

A Ti Silvina, pelo apoio constante, compreensão e companheirismo, por mais uma vez juntos, superarmos com êxito outra etapa importante das nossas vidas...

À minha família, especialmente aos meus pais, pela compreensão de me ter privado de “cuidar” de vós ao longo deste caminho, estando certo porém que reconhecem a importância do motivo.

Quero agradecer à Prof.^a Doutora Isabel Rabiais pela orientação, disponibilidade, motivação e apoio ao longo deste percurso académico.

Agradeço às colegas orientadoras que contribuíram com o seu saber e o seu tempo em prol do meu processo de aprendizagem.

Aos outros enfermeiros, pessoas doentes e seus familiares com quem tive oportunidade de partilhar alguns momentos importantes das suas vidas, e que me permitiu desenvolver um pensar e um agir especializado.

A todos os outros colegas com quem me cruzei e que igualmente foram importantes na reflexão e discussão no dia-a-dia, salientando a Paula e a Sandrina por juntos termos conseguido percorrer este caminho.

Agradeço aos meus amigos mais próximos, ao Nuno e ao Márcio pelo apoio e disponibilidade para me ouvir ao longo deste percurso.

RESUMO

A aquisição de competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica fundamenta-se no desenvolvimento de conhecimentos teóricos baseados na evidência científica, mobilizados e transferidos para a prática de forma reflexiva e crítica, o que permite progressivamente adquirir aptidões e adequar comportamentos, construindo assim uma nova identidade profissional. Cuidar da pessoa doente em situação crítica e sua família requer dos profissionais de enfermagem o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, éticas, comportamentais e relacionais específicas, dadas as situações de grande complexidade com o qual são confrontados diariamente.

Do enfermeiro especialista espera-se uma perspicaz capacidade de avaliação e compreensão das necessidades singulares e globais da pessoa doente. Assim, transferindo para o seu agir profissional todos os conhecimentos e competências que lhe são reconhecidos, estabelece uma relação de cuidado, firmando a dignidade e individualidade da pessoa cuidada ao longo do processo de transição saúde/ doença, devendo a sua intervenção materializar-se num cuidar particular e refletido, na lógica dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.

Este relatório tem como objetivo descrever de forma reflexiva e crítica as competências de enfermeiro especialista desenvolvidas nos três módulos de estágio: Controlo de Infecção Hospitalar, Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos/ Intermédios. Em todos procurei maximizar o meu processo de aprendizagem, definindo objetivos que visaram o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista na área de especialização de enfermagem médico-cirúrgica, das quais se realçam as competências científicas, técnicas, éticas e relacionais com a pessoa doente em situação crítica e sua família/ acompanhante significativo. Foi destacado ao longo do trabalho a importância de cuidar da pessoa doente mas também da sua família, porque também ela se encontra numa situação de grande vulnerabilidade e a vivenciar momentos de elevados níveis de *stress*, o que justifica a sua inclusão no processo de cuidados.

Os módulos de estágio foram desenvolvidos na mesma unidade hospitalar, o que facilitou consolidar as competências a desenvolver, permitindo uma progressiva autonomia profissional especializada que se traduz numa nova identidade profissional como Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Palavras-chave: Enfermeiro especialista; Competências; Cuidar; Pessoa doente em situação crítica, Família, *Stress*.

ABSTRACT

The acquisition of competences as specialized nurse of medical-surgical nursing is established on the development of theoretical knowledge based on scientific evidence, mobilized and transferred into the practice in a reflexive and critical way, which allows the progressive acquisition of aptitudes and the adjustment of behaviours, thus building a new professional identity. Taking care of the ill person in a critical condition and her family demands from the nursing professionals the development of scientific, technical, behavioural and relational specific competences, considering the situations of great complexity they are confronted with daily.

From the specialized nurse is expected a discerning capacity of evaluation and understanding of the individual and global needs of the ill person. This way, transferring into his professional performance all the knowledge and competences which are recognized to him, he establishes a relation of care, securing the dignity and individuality of the person who is being taken care during the process of transition health/ illness, and his intervention must be materialized in a particular and reflected care, within the logic of the standards of quality of the nursing care.

The objective of this report is to describe in a reflexive and critical way the competences of a specialized nurse developed in the three modules of training: Control of Hospital Infection, Emergency Service and Intensive Care Unit/ Intermediate. In all of them, I've tried to maximize my learning process, defining objectives which aimed at the development of competences as specialized nurse in the area of specialization of medical-surgical, of which are enhanced the scientific, technical, ethical and relational competences when attending the ill person in a critical condition and her family/ significant companion. The importance of taking care of the ill person, but also her family, has been pointed out in this work, because the family is also in a situation of great vulnerability and experiencing moments of high levels of stress, which justifies its inclusion in the process of care.

The modules of training were developed in the same hospital unit, which facilitated the consolidation of competences to be developed, allowing a progressive specialized professional autonomy which results in a new professional identity as Specialized Nurse in Medical- Surgical Nursing.

Key-words: Specialized nurse; Competences; To take care; Ill Person in a critical condition, Family, Stress.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

n.º – Número

p. – Página

Enf.º – Enfermeiro

Enf.ª – Enfermeira

EEEMC – Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

CDE – Código Deontológico dos Enfermeiros

CIPE – Classificação Internacional Prática Enfermagem

EOE – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros

OE – Ordem dos Enfermeiros

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

HBA – Hospital Beatriz Ângelo

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UCP – Universidade Católica Portuguesa

CDC – *Centers for Disease Control and Prevention*

DGS – Direção-Geral da Saúde

GCLPPCIRA – Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo das Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

MES – Microrganismo epidemiologicamente significativo

PBCI – Precauções Básicas Controlo Infecção

VE – Vigilância Epidemiológica

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

SUG – Serviço de Urgência Geral

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIntermédios – Unidade de cuidados Intermédios

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	19
1. CONTEXTOS DE PRÁTICA CLÍNICA	23
2. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA- INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO CONTROLO DO <i>STRESS</i> DA FAMÍLIA DA PESSOA DOENTE EM SITUAÇÃO CRÍTICA: UM CONTRIBUTO PARTICULAR	25
3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	37
3.1- MÓDULO III- CONTROLO DE INFEÇÃO HOSPITALAR	39
3.2- MÓDULO I- SERVIÇO DE URGÊNCIA	55
3.3- MÓDULO II- CUIDADOS INTENSIVOS/ INTERMÉDIOS	72
4. CONCLUSÃO	81
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (APA)	85

ANEXOS

- ANEXO I- Certificado de participação no simpósio: “Segurança do Doente na Prestação de Cuidados de Saúde”
- ANEXO II- Certificado de participação no Simpósio De Enfermagem: “Segurança do Medicamento- Seção de Sensibilização”
- ANEXO III- Certificado de participação no “3º Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC)” realizado a 23 e 24 de janeiro de 2015 em Santarém.
- ANEXO IV- Certificado de participação como orador da Comunicação Livre: “Intervenções de enfermagem no controlo do *stress* da família da pessoa doente em situação crítica”, premiada em 4º lugar, no 3º Encontro EEEMC.

APÊNDICES

- APÊNDICE I- Critérios de limpeza, desinfeção e esterilização dos dispositivos médicos semicríticos/ médio risco utilizados na instituição
- APÊNDICE II- Questionário Aplicado aos Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral
- APÊNDICE III- Sessão de Formação aos Enfermeiros do SUG sobre Técnica Inalatória
- APÊNDICE IV- *Poster* “Técnica Inalatória: Intervalo e Sequência na Administração de Medicação pela Via Inalatória”

APÊNDICE V- Manual de Ensinos a realizar ao Cliente e Cuidadores sobre a Técnica Inalatória

APÊNDICE VI- Sessão de Formação aos Enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos/
Intermédios sobre “As Intervenções de Enfermagem no Controlo do Stress à Família
da Pessoa Doente em Situação Crítica- Revisão Integrativa da Literatura”.

ÍNDICE TABELAS

TABELA 1- Apresentação dos estudos selecionados..... 30

TABELA 2- Recolha de dados dos estudos..... 31

INTRODUÇÃO

A aquisição de competências de enfermeiro especialista de enfermagem médico-cirúrgica fundamenta-se no desenvolvimento de conhecimentos teóricos baseados na evidência científica, mobilizados e transferidos para a prática de forma reflexiva e crítica, o que permite progressivamente adquirir aptidões e adequar comportamentos, construindo assim uma nova identidade profissional.

O enfermeiro especialista é descrito no n.º 3 do Artigo 4º do Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, que legisla o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril que legisla o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE)) como sendo o “enfermeiro habilitado com curso de especialização em enfermagem (...) que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialização”.

Do enfermeiro especialista espera-se uma perspicaz capacidade de avaliação e compreensão das necessidades singulares e globais da pessoa doente. Assim, transferindo para o seu agir profissional todos os conhecimentos e competências que lhe são reconhecidos, estabelece uma relação de cuidado, firmando a dignidade e individualidade da pessoa cuidada ao longo do processo de transição saúde/doença, devendo a sua intervenção materializar-se num cuidar particular e refletido, na lógica dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

O processo de especialização é um importante contributo no desenvolvimento da Enfermagem como disciplina e como ciência, imbuído no conceito de uma *enfermagem avançada*, como referencia Abel Paiva e Silva (2007, p.18) com “maior competência para o desempenho centrado numa lógica mais conceptual e centralizada pela inter-relação pessoal baseado em teorias de enfermagem (...) e mais competências de tomada de decisão”.

Ao longo do trabalho é identificada como objeto dos cuidados de enfermagem a *Pessoa Doente*, por considerar o conceito de *Pessoa* segundo Kant como detentora de “direitos e de responsabilidades” (Thompson, *et al.* 2004, p.18) considerando-a um fim em Si mesma, mas que no seu ciclo de vida necessita de cuidados de enfermagem quando vivencia uma situação de doença ou como considera Meleis (2010) um processo de transição de saúde/doença. Contudo, poderemos encontrar descrito no trabalho os termos indivíduo, cliente ou doente, dependendo da fundamentação teórica nos autores citados.

A pessoa doente em situação crítica é descrita pela Ordem dos Enfermeiros (2010, p.1) como “(...) aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância,

monitorização e terapêutica”. Contudo, é da competência dos enfermeiros descrito nas suas obrigações legais e éticas enunciadas no REPE e no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) prestarem cuidados de enfermagem não só à pessoa saudável ou doente, mas também aos grupos sociais onde esta se integra, identificando a família e a comunidade, de modo a que se mantenham, melhorem ou recuperem a sua saúde.

Foi minha preocupação ao longo deste processo de aquisição de competências especializadas acolher e incluir a família/ acompanhantes significativos da pessoa doente no processo de cuidar, consciente de que estas também experienciam e vivenciam com a pessoa doente momentos de elevados níveis de *stress* (Rabiais, 2003).

Esta problemática motivou uma reflexão e atenção especial ao longo do trabalho importando identificar intervenções de enfermagem no controlo do *stress* na família, dado o conceito de *stress* incluir muitos sentimentos de vulnerabilidade humana (ansiedade, medo, desconforto) e porque o *stress* é um estímulo importante na resposta do indivíduo ao seu processo de adaptação ao ambiente, que contribui positiva ou negativamente de acordo com os mecanismos que este consegue desenvolver. Cuidar da pessoa doente em situação crítica e da sua família requer dos profissionais de enfermagem o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, comportamentais e relacionais específicas, dadas as situações complexas com o qual são confrontados diariamente.

Este trabalho surge no âmbito da última unidade curricular *Relatório de Estágio* do 7º Curso de Mestrado de Natureza Profissional na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, desenvolvido no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

O contacto direto com diversos contextos da minha prática clínica permitiu discutir as minhas motivações e oportunidades de aprendizagem, realizando um adequado diagnóstico de situação, tendo sempre como premissa contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica e sua família, garantindo níveis de intervenção diferenciados face às necessidades individuais identificadas.

O Relatório de Estágio é um documento onde “(...) o estudante descreve e analisa o seu percurso, realizando uma análise crítica das competências desenvolvidas” (Cerqueira, *et al.*, 2014, p.32). Este relatório de estágio pretende evidenciar o meu percurso desenvolvido nos três módulos de estágio que integram esta unidade curricular. Partindo dos três objetivos gerais identificados no Plano de Estudos do Curso (UCP, 2014) elaborei objetivos individuais gerais e específicos em cada local de estágio, com vista à aquisição de competências de enfermeiro especialista de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O relatório tem como objetivo descrever de forma reflexiva e crítica as competências gerais e específicas de enfermeiro especialista desenvolvidas em três locais distintos de estágio. Estruturalmente, para além da introdução e da conclusão, o presente relatório encontra-se dividido em três capítulos, em que o primeiro capítulo deste trabalho evidencia a importância dos ensinamentos clínicos como importante contributo no desenvolvimento e aquisição

de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista, salientando as motivações na seleção desta unidade hospitalar.

O segundo capítulo do documento apresenta uma revisão integrativa da literatura sobre um problema que diariamente vivencio e que me importou desenvolver capacidades e conhecimentos baseados na evidência para melhorar o meu agir e sensibilizar os meus pares para essa necessidade. Este encontra-se dividido em cinco subcapítulos, para além da introdução evidencia-se o enquadramento teórico, o percurso metodológico, os resultados, a sua discussão e as conclusões. O tema estudado permitiu identificar as intervenções de enfermagem no controlo do *stress* da família da pessoa doente em situação crítica. Uma vez que os cuidados de enfermagem estão muito focalizados na pessoa em situação crítica é também importante que os enfermeiros incluam a família no seu plano de cuidados, reconhecendo as suas necessidades reais e desenvolvam cuidados de enfermagem especializados centrados na família (Davidson, 2009). Recorde-se que quando existe um processo de doença com necessidade de internamento, assiste-se a uma separação da pessoa doente em situação crítica com a família, que potencia uma crise que se evidencia por elevados níveis de *stress*, sendo importante diminuir e controlar esses níveis através de uma intervenção consciente, de modo a potenciar um processo de adaptação positivo (*coping*), que é uma das últimas fases de um longo processo de transição (Meleis, 2010).

O terceiro capítulo deste trabalho descreve a experiência vivenciada nos três locais de estágio, refletindo e analisando criticamente as intervenções realizadas, que se evidenciam da narração do percurso de desenvolvimento profissional na aquisição de competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. Encontra-se dividido em três subcapítulos que descrevo por ordem cronológica de realização e procedo à sua caracterização sumária no início de cada um, iniciando pelo Módulo III (opcional) (Controlo de Infecção Hospitalar), posteriormente o Módulo I (Serviço de Urgência) e por último o Módulo II (Cuidados Intensivos/ Intermédios), realizados na mesma unidade hospitalar, realçando o contributo que estes tiveram no desenvolvimento progressivo da minha autonomia profissional especializada assim como na promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem ao longo deste processo.

Enquadro a seleção no Módulo III (opcional) na área do Controlo de Infecção Hospitalar dado o meu contexto de trabalho em ambiente hospitalar há oito anos, emergindo daí a necessidade de aumentar conhecimentos e competências específicas, consciente de que os enfermeiros assumem uma responsabilidade distinta na avaliação, ensino e supervisão nesta área de intervenção. Sinalizo esta área de extrema importância no desenvolvimento e melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde e na promoção de um ambiente de segurança no exercício de prestação de cuidados, que se revela preponderante na regulamentação institucional das melhores práticas baseadas na evidência científica internacional.

O trabalho finda com a conclusão, onde se faz uma análise sumária ao percurso percorrido e se retiram as principais conclusões e por último identificam-se as referências bibliográficas que suportam o presente trabalho.

Ao longo do processo descritivo-reflexivo referencio para anexo e apêndices alguns documentos que se revelaram preponderantes no desenvolvimento e aquisição de competências de enfermeiro especialista ao longo dos estágios desenvolvidos.

1. CONTEXTOS DE PRÁTICA CLÍNICA

No processo de aquisição de competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica é impreterível que o profissional consiga mobilizar, desenvolver e adaptar os conteúdos adquiridos em contexto letivo para a prática de cuidados, uma vez que esta transferência e articulação de conhecimento se revela fundamental para a construção de uma nova identidade profissional. Assim, os estágios clínicos são componentes relevantes nos processos de formação, como nos refere Alarcão & Rua (2005, p.376), e têm como principais objetivos o desenvolvimento de “(...) capacidades, atitudes e competências”.

Os enfermeiros, como elementos basilares do funcionamento dos serviços de saúde, assumem como valor da sua conduta profissional primar pela competência e pelo contínuo aperfeiçoamento profissional suportado no princípio da excelência do exercício da profissão, legislado no seu Código Deontológico. Nessa continuidade, o desenvolvimento de competências especializadas surge como uma natural materialização do contínuo crescimento profissional que se revela crucial no desenvolvimento da Enfermagem como disciplina e ciência. Realça a Ordem dos Enfermeiros (2009, p.8) que “a expansão da clínica especializada em Enfermagem permite fomentar a investigação clínica em Enfermagem, clarificar e identificar o alvo de intervenção (...) assim como valorizar os ganhos em saúde da população nessas especialidades”.

Perante o processo de aprendizagem que me propus desenvolver, seguidamente apresento a fundamentação da escolha dos locais para realização dos estágios, com uma breve contextualização da escolha dos mesmos, no sentido de permitir uma melhor compreensão acerca da sua cultura organizacional.

Os três estágios foram desenvolvidos num hospital público da periferia de Lisboa, integrado no Sistema Nacional de Saúde Português com um processo de gestão público-privada, inaugurado em 2012, que segundo informação disponível no *site* oficial da Unidade Hospitalar dá resposta em termos de cuidados de saúde diferenciados ao concelho de Loures, onde se localiza, mas também ao concelho de Odivelas, Sobral de Monte Agraço e de Mafra, servindo uma população de aproximadamente 278000 pessoas residentes nestas freguesias (HBA, 2014).

A escolha deste local de estágio prendeu-se sobretudo por ser uma unidade hospitalar recente, com infra-estruturas adequadas à nova realidade arquitectónica no que diz respeito à prática segura de cuidados de saúde, tendo já obtido acreditação externa em 2013 por uma entidade internacional acreditadora da qualidade (Joint Commission International) e também por ser o meu hospital de referência em serviços diferenciados de saúde (dada a distribuição

geográfica de acordo com a minha localização de morada), considerando assim que seria uma mais-valia para o meu processo de aprendizagem.

Realço ainda a grande área populacional que serve e por considerar que ali laboram enfermeiros com uma vasta experiência profissional que poderiam contribuir ativamente no meu desenvolvimento de competências específicas de enfermeiro especialista, tendo como objetivo promover e contribuir para a qualidade nos cuidados de enfermagem.

Uma vez que desconhecia o funcionamento da instituição, procurei inicialmente compreender a sua visão e a sua missão. Para isso consultei o *site* oficial do hospital e percebi que a sua missão visa “prestar cuidados de saúde à população da sua área de influência, no respeito absoluto pela individualidade e necessidades dos doentes, e baseados em princípios de eficácia, qualidade e eficiência; contribuir para o desenvolvimento da investigação e para a formação de profissionais na sua área de atividade” (HBA, 2014).

Neste sentido, desde logo me identifiquei com a sua missão por também eu considerar que é desta procura constante pela qualidade da prestação de cuidados de saúde através do desenvolvimento da investigação quer mobilizada das instituições universitárias quer articulada à sua aplicação, reflexão e investigação na prática, formando continuamente os seus profissionais que se estabelecerão contributos importantes para uma constante melhoria da qualidade, na prática de cuidados de enfermagem, com benefício direto aos cidadãos.

Estes objetivos vão de encontro ao que defende Donabedian (2003) quando descreve a qualidade dos cuidados de saúde usando sete atributos como sendo a eficácia, a efetividade, a eficiência, a otimização, a aceitabilidade, a legitimidade e a equidade, sendo que alguns destes estão implícitos e explícitos na descrição da missão da instituição.

Apercebi-me ainda dos principais valores a deter pelos seus colaboradores, como sendo a procura incansável de resultados, o rigor intelectual, a aprendizagem constante (importância de formação e de reflexão na ação como forma de aprendizagem), a responsabilidade pessoal, o respeito e a humildade, uma atitude positiva, ser íntegro e honesto em tudo o que se faz e acima de tudo integrar um espírito de equipa (HBA, 2014).

Após uma breve reflexão sobre a missão e os valores que os colaboradores da instituição preconizam, rapidamente estabeleci o paralelismo com algumas das obrigações ético-deontológicas do enfermeiro e reconheci que parte delas estão implícitas no cumprimento no Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE) (que estes devem impreterivelmente cumprir) tal como está legislado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril (já alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro).

Visto ter já conseguido realçar as motivações na seleção dos locais de estágio passo a desenvolver a revisão integrativa da literatura, também ela objetivada na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à família da pessoa doente em situação crítica, contribuindo no controlo do *stress* como estratégia promotora de *coping* familiar e do seu bem-estar.

2. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA- INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO CONTROLO DO *STRESS* DA FAMÍLIA DA PESSOA DOENTE EM SITUAÇÃO CRÍTICA: UM CONTRIBUTO PARTICULAR

INTRODUÇÃO

O processo de internamento traduz uma diversidade de sentimentos e vivências por parte da pessoa doente, assim como da rede social onde esta se insere, mais concretamente a sua família, sendo notórios sentimentos de ansiedade, angústia, sofrimento e desespero que traduz a vivência de elevado nível de *stress*, que nenhum dos intervenientes consegue mascarar dada a vulnerabilidade e a falta de recursos para saberem lidar com esta situação. Quando a pessoa doente se encontra em situação crítica estes sentimentos atingem níveis mais elevados, principalmente nos seus familiares, pois os sintomas de gravidade que apresenta a pessoa doente potenciam ainda mais *stress*, encontrando-se estes mais referenciados nos serviços de urgência e nas unidades de cuidados intensivos.

Realça Meleis (2010) que numa transição situacional de saúde doença, compete ao próprio enfermeiro assumir-se como um elemento facilitador no processo transacional, com a finalidade de potenciar à Pessoa uma transição saudável, que se revela de grande importância no âmbito do cuidar em enfermagem.

Na literatura é reconhecido que os enfermeiros desempenham um importante papel em ajudar as famílias dos doentes em situação crítica, a gerirem o seu *stress*, mas o modo como o fazem é tão variada que se traduz numa atuação por vezes inconsciente (Knapp, *et al.*, 2013).

Deste modo, é imperativo que os enfermeiros reconheçam como sua área de intervenção o controlo do *stress*, através de uma perspicaz capacidade de avaliação e encontrem na sua área de intervenção estratégias que potenciem o *coping* familiar, minimizando o *stress* psicológico e promovendo uma transição saudável no processo de doença e de internamento.

Esta revisão pretendeu identificar as intervenções de enfermagem com maior evidência na literatura recente, de modo a dar visibilidade à atuação dos enfermeiros e de certo modo, materializar um plano que se traduza consciente e eficaz no controlo do *stress* da família das pessoas doentes em situação crítica.

Procedeu-se a uma revisão integrativa, como forma de compreender melhor o fenómeno a estudar, e permitir extrair a maior evidência possível desta temática. A primeira parte, visa descrever o significado dos construtos que vão servir como orientação do estudo, uma segunda parte propõe-se explanar as etapas metodológicas, uma terceira parte que descreve os resultados encontrados, seguida de uma quarta fase com a discussão dos mesmos e por último uma conclusão que finda o trabalho e abre propostas de estudos futuros.

ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

É imperativo que quando se realize um processo de investigação se proceda à definição dos construtos que dão forma à questão de investigação, no sentido de melhor compreender o que se pretende estudar perante o significado dos mesmos. Deste modo, procederemos à contextualização dos termos “Família/ pessoa significativa da Pessoa em situação crítica”, “*Stress*” e “Intervenções de Enfermagem”.

Não faz sentido, falar de cuidados/ intervenções de enfermagem, sem antes se definir o seu alvo de cuidados, sendo neste caso concreto a díade pessoa com doença em situação crítica e a sua família/ pessoa significativa.

A pessoa em situação crítica é aquela que em determinada altura da sua vida, de um modo mais ou menos previsível, necessita de cuidados especializados e altamente diferenciados, com recurso a equipamentos específicos de alta tecnologia, ou seja necessita de cuidados intensivos. A Ordem dos Enfermeiros (2010, p.1) assume “a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”.

É certo que existe uma enorme variabilidade de situações que conduzem a pessoa à situação crítica, daí a importância em clarificar deste conceito, de modo a que os enfermeiros desenvolvam cada vez mais competências nesta área, uma vez que estes possuem um papel preponderante e privilegiado, por passarem 24 horas junto dos mesmos, onde o fator tempo, a adequação das intervenções e a previsibilidade e antecipação de determinados cuidados podem ser decisivos na sua saúde.

Collière (1999, p.235) considera que “cuidar é um acto individual” que todos nós prestamos a nós próprios desde que adquirimos maturidade para tal, e num dado momento da nossa vida somos confrontados a prestá-lo a alguém próximo, num ato de reciprocidade. Assim, faz todo o sentido direccionar igualmente o alvo de atuação da enfermagem para a família, indo de encontro às suas necessidades reais, tendo em conta o seu contexto bio-psico-sociocultural. Reforça Pacheco (2014) que a família não deve ser esquecida no ato de cuidar, uma vez que o equilíbrio desta é fundamental para apoiar o seu familiar.

Vieira (2009) assume que os cuidados de enfermagem vão de encontro às necessidades atuais dos indivíduos, família e comunidade, que se encontra em constante interação e transformação. Considerando que a família se encontra a vivenciar, juntamente com a pessoa doente em situação crítica, um processo de transição, no caso concreto uma transição situacional de saúde/ doença, compete ao enfermeiro assumir-se como agente facilitador deste processo transaccional, como preconiza Meleis (2010).

Rabiais (2003, p.8) realça que “a doença, a separação, o desconhecimento do local e aquilo que pode vir a acontecer, são potenciais geradores de *stress* para o doente e família”, daí considerar que também a família se encontra numa situação de grande vulnerabilidade e importa ao enfermeiro apoiá-la, intervindo no controlo do stress com vista ao seu bem-estar.

O conceito de Família tem sido alvo de grandes modificações, devendo-se em parte à própria mudança de temporalidade, neste sentido, atualmente não se verifica um único modelo de família, mas sim estruturas familiares bastante distintas (Moleiro, *et al.*, 2013).

A Família pode ser entendida segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE® (2011, p.115) como um “Grupo: unidade social ou todo colectivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes”. É de realçar que entra na definição consensual de família as pessoas significativas, ou seja, as pessoas que não tendo laços de consanguinidade, mas que estabelecem com a pessoa doente laços de “afinidade” e/ou “relações emocionais ou legais” como é o caso de pessoas em união de facto ou outro tipo de ligação com ou sem afirmação legal.

Segundo Verhaeghe, *et al.* (2005) são quatro as fases pelas quais as famílias passam durante o período de hospitalização dos seus familiares. A primeira fase é caracterizada pelo “*período de flutuação*” onde os familiares experienciam sentimentos de medo, *stress*, confusão, preocupação, devendo-se à espera ansiosa, não percecionando estes as suas e as necessidades da pessoa doente. A segunda fase corresponde ao “período de busca de informação”, onde um pouco mais ativos, procuram informação pertinente face ao sucedido.

A terceira fase é inerente ao “período de acompanhamento dos cuidados”, em que presenciam a evolução e a qualidade dos cuidados prestados ao seu familiar. Por último a quarta fase, refere-se ao “período de busca de recursos”, quando tomada consciência da situação mobiliza meios, de modo a dar resposta às necessidades tanto físicas como psicológicas do seu familiar. Conhecendo-se estas fases torna-se mais fácil abordar a família de modo a que esta por um lado aceite melhor a condição do internamento e por outro se torne aliada nos cuidados, sentindo-se útil e proactiva (Verhaeghe, *et al.*, 2005).

O *stress* ocorre quando se verifica uma ameaça lesiva no ambiente, provocando um desequilíbrio no individuo, a resposta fisiológica ao stress é um processo de adaptação ao organismo para manutenção da homeostasia (Rodrigues, 2012).

A recorrência do uso deste termo exige a compreensão lata do mesmo, pois nem sempre o seu significado é bem integrado. De acordo com a CIPE® (2011, p.77) pode ser entendido como “sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente, sentimento de desconforto, associado a experiências desagradáveis, associado à dor, sentimento de estar física e mentalmente cansado, distúrbio do estado mental e físico do indivíduo”.

A capacidade de adaptação, o grau de vulnerabilidade e os mecanismos de *coping* intrínsecos a cada individuo são determinantes da ocorrência e da gravidade das reações ao processo de *stress* (Gomes, 2010).

Serra (2007) defende que a cultura na qual a pessoa se encontra inserida, assim como o seu próprio estilo de vida, as suas experiências passadas e predisposição genética, são fatores decisivos e importantes no desenvolvimento de respostas ao processo de *stress*.

O *stress* caracteriza-se a partir da resposta psicológica, fisiológica e da condição ambiental, sendo potencial indutora do mesmo, ou seja, é com base neste estímulo que a pessoa através deste processo de interação com o meio, avalia as exigências do mesmo e mobiliza as respostas e os recursos necessários para lidar com elas. As grandes classes de acontecimentos que estimulam o *stress* no ser humano são de natureza psicológica e psicossocial, nomeadamente e no caso concreto, o internamento de um familiar em situação crítica, por exemplo numa unidade de cuidados intensivos, está relacionada a um acontecimento traumático repercutindo-se como um acontecimento significativo na vida da pessoa, revelando situações micro e macro indutoras de *stress* (Serra, 2007).

Neste sentido, é com base nestas perspetivas que assentam os três principais modelos explicativos de adaptação ao *stress*, referenciados por Gomes (2010, p.66) nomeadamente “os modelos de causa externa”, “o *stress* como estímulo” e o “o modelo transacional” (este último defendido por Lazarus & Folkman, que serviu de suporte na construção dos estudos teóricos desenvolvidos por Merle Mishel que posteriormente consolidou na teoria da incerteza).

A intervenção dos enfermeiros resulta de um compromisso profissional, que visa a preservação da dignidade e da liberdade humana (Vieira, 2009). As intervenções de enfermagem materializam-se no cuidado, que é prestado em relação entre o enfermeiro e uma Pessoa, que se reveste de uma complexa componente ética, dada a condição humana dos intervenientes. Defende Deodato (2008, p.21) que “no centro desta relação encontra-se a proteção da vida humana, cabendo ao enfermeiro, agir no sentido de promovê-la, defendê-la e ajudar a resolver os problemas de saúde que a ponham em risco ou a afectem. Quando tal já não é possível, continua a constituir dever do enfermeiro manter a relação de cuidado no acompanhamento de um processo de morte serena”.

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são altamente qualificados. São prestados com o máximo rigor de um modo contínuo e sistemático à pessoa doente com uma ou mais funções vitais em risco, indo de encontro às necessidades da mesma, tendo como objetivo a preservação e manutenção das suas funções básicas de vida, prevenindo complicações, tendo em vista a sua total recuperação.

A unidade de cuidados intensivos encontra-se muito associada a sentimentos negativos, sendo encarada pela família como fonte de sofrimento, onde a supervalorização da tecnologia se sobrepõe ao relacionamento humano. É de salientar que esta representa uma forte ameaça à integridade da família, pois são múltiplos os fatores que provocam *stress* na mesma e a implementação de intervenções de enfermagem específicas e direcionadas a cada uma das famílias pode muitas vezes atenuar ou controlar esses fatores (Roque *et al.*, 2013).

PERCURSO METODOLOGICO

Procedemos à realização de uma revisão integrativa da literatura, de modo a permitir compreender com maior abrangência a evidência científica para o problema que decidimos

estudar. Assim, percorremos as principais etapas metodológicas definidas por Mendes, *et al.* (2008). Definiu-se o objetivo do estudo e desenvolvemos a questão de investigação: **“Quais as intervenções de enfermagem no controlo do stress da família da pessoa doente em situação crítica?”**

Para o presente estudo recorreu-se à plataforma de pesquisa eletrónica **EBSCOhost-Research Databases**, ao qual estão indexadas bases de dados de produção e investigação científica na área das Ciências da Saúde. Foram selecionadas as bases de dados CINAHL® Complete, MEDLINE® Complete e Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive.

Em cada base de dados identificámos os descritores de pesquisa de acordo com as palavras-chave retiradas da pergunta de investigação e que foram respetivamente: “intervenções de enfermagem”, “*stress*”, “família” e “pessoa situação crítica”. Os termos foram transcritos para descritores controlados de cada base de dados (CINAHL Headings, MESH e SUBJECTS de acordo com a base de dados acima descritas).

Da seleção destes termos conjugámos os operadores booleanos, de modo a encontrar a melhor evidência que respondesse à pergunta de partida, excluindo já estudos em menores de 18 anos, resultando a seguinte fórmula booleana: (Nursing Interventions Or Nurse Attitudes OR Nursing Or Nursing Process OR Evidence-Based Nursing) AND (Family OR Caregivers OR Family Health) AND (Stress OR Stress psychological) AND (Criticaly Ill Patients OR Emergency Patients OR Critical Care OR Critical Care Nursing) NOT (Pediatrics OR Child*).

A pesquisa realizou-se no dia 19 de Novembro de 2014. Identificámos os limitadores de pesquisa, considerando os artigos num universo temporal dos últimos 5 anos (entre o ano 2008 a Novembro de 2014) e apenas os que se encontravam disponível em texto completo.

Identificámos de seguida os critérios de seleção (critérios de inclusão e de exclusão). Assim, como critérios de inclusão aceitámos as famílias de pessoas doentes em situação crítica assim como as pessoas doentes em situação crítica cujos familiares vivenciam sentimentos de *stress*. Incluímos no tipo de intervenções as que se identificassem como sendo intervenções de enfermagem e no tipo de resultados, as intervenções de enfermagem direccionadas ao controlo do *stress* da família da pessoa em situação crítica, excluindo outro tipo de participantes e as intervenções de outro tipo de profissionais.

RESULTADOS OBTIDOS

Dos 67 artigos encontrados excluímos 13 por serem repetidos. Após leitura crítica do título, aplicando os critérios de inclusão/ exclusão, excluíram-se 31 e após leitura crítica do resumo excluíram-se mais 5, restando 18 artigos. Destes procedeu-se à sua leitura integral e eliminámos 3 artigos, incluindo como resultado final da amostra os seguintes 15 artigos

Estudo	Título	Autores	Revista/ Ano	Metodologia	Objetivo	Amostra
E1	The EPICS Family Bundle and its effects on stress and coping of families of critically ill trauma patients.	Knapp, S. J. ; Sole, M.. L.; Byers, J.F.	Applied Nursing Research- 2013	Quantitativo: Quase-Experimental	Avaliar a eficácia de uma intervenção baseada na evidência por enfermeiros de cuidados intensivos ao ajudar famílias de doentes em estado crítico, reduzindo o stress e avaliando as suas estratégias de coping.	84 Familiares de doentes em situação crítica- 39 familiares no grupo de controlo e 45 familiares a quem foi aplicada a intervenção EPICS
E2	Factors affecting stress experienced by surrogate decision makers for critically ill patients: Implications for nursing practice.	Iverson, E.; Celious, A.; Kennedy, C. R.; Shehane, E.; Eastman, A.;	Intensive & Critical Care Nursing- 2014	Qualitativa: entrevistas semi-estruturadas	Caracterizar o stress e identificar os aspetos pessoais, sociais e os cuidados relacionados com os fatores que influenciam o stress a familiares/ pessoa significativa responsável pela tomada de decisão	34 Entrevistas a familiares/ pessoa significativa responsável pela tomada de decisão relacionados com o atendimento dos seus familiares em cuidados intensivos
E3	Humanization practices in nursing care provided to clients in intensive care unit.	Mercês, M. C.; Rigaud, J. B.; Pinto, F.P.; Souza, L.; Silva S. M. L.	Enfermagem Brasil- 2012	Revisão Integrativa da Literatura	Analisar o desenvolvimento das práticas de humanização na assistência de enfermagem prestada aos clientes nas UTI	6 Artigos analisados numa amostra de 266 encontrados.
E4	The effect of nurse-facilitated family participation in the psychological care of the critically ill patient.	Black, Pauline ; Boore, Jennifer RP ; Parahoo, Kader	Journal of Advanced Nursing- 2011	Quantitativa	Identificar quais os efeitos da intervenção da enfermeira ao facilitar a participação do familiar mais próximo da pessoa doente no cuidar quando este se encontrava em delírium.	Um total de 170 doentes em situação crítica e suas famílias participaram no estudo – 83 no grupo controlo e 87 no grupo de intervenção
E5	Providing end-of-life care in the intensive care unit: Issues that impact on nurse professionalism.	Bloomer, M. J.; O'Connor, M.	Singapore Nursing Journal- 2012	Qualitativa-exploratória	Descrever como o enfermeiro apoiar os membros da família durante e depois da morte do seu familiar numa unidade de cuidados intensivos	Utilizando 6 grupos focais para descrever como o enfermeiro apoia os membros da família durante e após a morte de um doente
E6	Family witnessed resuscitation – experience and attitudes of German intensive care nurses.	Köberich S; Kaltwasser A; Rothaug O; Albarran J	Nursing in Critical Care- 2010	Quantitativa	Explorar as experiências e atitudes dos enfermeiros de cuidados intensivos alemães para com a família que assistiram a manobras de ressuscitação do seu familiar	166 Enfermeiros alemães de cuidados intensivos que preencheram um questionário num congresso nacional
E7	“Open Hospital” in emergency department: narrative review of literature.	Rinaldi, F.; Greco, V.a; Corsi, A.; Frigotto, M.; Vallaperta, E.	SCENARIO: Official Italian Journal of ANIARTI- 2014	Revisão Integrativa da Literatura	Identificar a prática actual em relação à presença de membros da família de doentes atendidos nos serviços de urgência	13 Artigos selecionados da revisão da literatura
E8	Facilitated Sensemaking a Strategy and New Middle-Range Theory to Support Families of Intensive Care Unit Patients.	Davidson, Judy E.	Critical Care Nurse- 2010	Qualitativa	Descrever como enfermeiro facilita a criação de significado, uma nova teoria de médio alcance que visam apoiar os familiares de doentes internados em UTI.	Desenho de uma teoria de médio alcance baseado na observação e experiência de cuidar promotora de uma abordagem de cuidar em enfermagem centrada na família.
E9	Critical care nurses' perceptions of family witnessed resuscitation (FWR) in the Kingdom of Saudi Arabia.	de Beer, J.; Moleki, M. M.	Africa Journal of Nursing & Midwifery- 2012	Quantitativa-descriptiva	Conhecer a percepção dos enfermeiros de cuidados intensivos em relação aos familiares assistirem ao momento da reanimação e descrever os fatores que contribuem para essas percepções.	70 Enfermeiros de cuidados intensivos questionados sobre sua percepção sobre as reações dos familiares que assistiram ao momento da reanimação
E10	Participation and support in intensive care as experienced by close relatives of patients: a phenomenological study.	Helen Blom , Christina Gustavsson , Sundler A. J.	The Official Journal Of The British Association Of Critical Care Nurses-2013	Qualitativa-Estudo Fenomenológico- Entrevista	Explorar a participação e apoio vivida pelos familiares próximos de doentes internados em unidades de cuidados intensivos.	7 Entrevistas a familiares próximos de doentes internados em unidades de cuidados intensivos
E11	Meeting the needs of patients' families in intensive care units.	Khalaila, Rabia	Nursing Standard- 2014	Revisão da Literatura	Identificar as intervenções de enfermagem eficazes destinados a satisfazer as necessidades dos familiares de doentes adultos em estado crítico em UCI	18 Artigos analisados
E12	Death, empathy and self-preservation: the emotional labour of caring for families of the critically ill in adult intensive care.	Stayt LC	Journal of Clinical Nursing- 2009	Qualitativo-Estudo Fenomenológico	Explorar as emoções dos enfermeiros face ao cuidar de familiares de doentes críticos numa unidade de cuidados intensiva.	Entrevista a 12 enfermeiros que trabalham em unidade de cuidados intensivos.
E13	Family-centered care: meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness.	Davidson, Judy E.	Critical Care Nurse- 2009	Qualitativa-Descriptiva	Identificar e examinar os métodos de assistência à família na investigação reflexiva e da inclusão da família no cuidar	Sínteses da literatura de apoio à família que resume como as famílias dos pacientes se adaptam à doença crítica do familiar
E14	Health risk behaviors in family caregivers during patients' stay in intensive care units: a pilot analysis.	Choi, B.J.; Hoffman, L. A.; Schulz, R.; Ren, D.; Donahoe, M. P.; Given, B.;	American Association Of Critical-Care Nurses-2013	Qualitativa	Explorar os comportamentos de risco dos cuidadores familiares associados à pré-existência de necessidades de cuidados aos doentes e cuidadores depressivos e em exaustão.	50 Entrevistas a familiares de doentes internados em unidades de cuidados intensivos (que estiveram submetidos a ventilação mecânica mais de 4 dias)
E15	Informational coping style and depressive symptoms in family decision makers.	Hickman, RLJ; Daly, BJ; Douglas, SL; Clochesy, JM	American Association Of Critical-Care Nurses-2010	Quantitativa-descriptiva	Descrever os sobre estilos de coping nos elementos responsáveis legais pela tomada de decisão dos seus familiares.	Análise de 210 familiares representantes legais para tomada de decisão de pacientes

Tabela 1- Apresentação dos estudos selecionados

Destes estudos extraímos os resultados que respondiam à nossa questão de investigação, identificando os momentos mais indutores de *stress*, as ações segundo padronização CIPE® e as respectivas intervenções de enfermagem. Esquematizámos em tabela os resultados para facilitar a compreensão:

Intervenção de Enfermagem	Ação	Intervenções de Enfermagem	(%)
Acolhimento da família	Avaliar	Avaliar o <i>Stress</i> do prestador de cuidados (E1, E11, E13, E14, E15)	33%
		Avaliar o <i>coping</i> familiar (E1, E11, E13, E14, E15)	33%
		Identificar na família a pessoa mais significativa para o doente (E6, E14, E15)	20%
		Avaliar as crenças espirituais da família (E1, E3, E8)	20%
		Avaliar a aceitação do estado de saúde (E1, E14)	13%
		Avaliar a disponibilidade para aprender (E1, E13)	13%
		Avaliar a as capacidades cognitivas da família (E1)	7%
		Avaliar estilos de vida da pessoa doente (E3)	7%
Preparação da família para a tomada de decisão	Planear	Planear cuidados de enfermagem centrados na família (E1,E3, E8, E10, E11, E12, E13)	47%
		Planear um atendimento singular a cada família (E1,E3, E8, E11, E12, E13)	40%
		Referenciar as famílias para grupos de apoio social, espiritual e religioso (E1,E2, E8, E11)	27%
		Planear intervenções que visem o bem-estar da família (E3, E10, E13)	20%
Acompanhar a família quando assiste ao agravamento clínico do seu familiar	Envolver	Estabelecer uma relação empática e de confiança (E3, E4, E8, E10, E11, E12, E13, E14)	53%
		Facilitar e promover o envolvimento da família nos cuidados ao doente (E1, E4, E8, E10, E11, E12, E13)	47%
		Envolver a família no processo de tomada de decisão (E1, E6, E9, E10, E11, E13, E15)	47%
		Facilitar a capacidade da família para desempenhar um novo papel (E3, E8, E11, E13, E15)	33%
		Encorajar a família a interagir física e verbalmente com o doente (E4, E8, E10, E13)	27%
		Proporcionar à família privacidade para estar com o doente (E5, E6, E10)	20%
Preparação da família para a morte da pessoa doente	Comuni-car	Comunicar de forma aberta e efectiva com a família (E3,E5, E10, E11, E12, E13, E14)	53%
		Promover a escuta ativa (E3, E7, E8, E12, E13)	33%
		Informar a família relativamente aos cuidados e tratamento do doente (E1, E2, E11, E12, E13)	33%
		Facilitar a comunicação com a família (E1, E3, E10, E11, E13)	33%
		Ajudar família a entender, aceitar e enfrentar a doença (E3, E8, E11, E12)	27%
		Validar com a família a clarificação da comunicação (E8, E12, E15)	20%
		Optimizar ambiente do doente para receber a sua família (E2, E3, E13)	20%
		Informar a família sobre o ambiente que rodeia o doente (E8, E13)	13%
	Apoiar	Apoiar a família (E5, E6, E8, E10, E11, E12, E15)	47%
		Confortar a família (E3, E4, E9, E11, E12, E13)	40%
		Facilitar à família capacidade desta expressar sentimentos (E1, E8, E10, E11, E13)	33%
		Providenciar apoio emocional e espiritual (E1, E2, E3, E12, E15)	33%
		Promover mecanismos de <i>coping</i> (E1, E8, E12, E13, E15)	33%
		Facilitar a flexibilidade das visitas (E4, E11, E13)	20%
		Apoiar a família após a morte do seu familiar (E5, E6, E15)	20%
		Preparar a família para a morte iminente (E5, E9)	13%

Tabela 2- Recolha de dados dos estudos

Com base nos resultados encontrados iremos de seguida proceder à discussão e análise dos mesmos, demonstrando o seu contributo para uma prática baseada na evidência.

DISCUSSÃO

A gestão e o controlo do *stress* são evidenciados como áreas de intervenção da enfermagem, tendo por base a satisfação das necessidades específicas da pessoa em situação crítica, assim como da sua família, demonstrando um contributo importante na humanização do cuidar em enfermagem (Rinaldi, *et al.*, 2014; Iverson, *et al.*, 2014; Knapp, *et al.*, 2013; Mercês, *et al.*, 2012; Black, *et al.*, 2011). Pelo que se pode constatar dos estudos encontrados, o foco de interesse dos investigadores conduz-nos para a realidade dos cuidados intensivos e dos serviços de urgência onde esta necessidade é mais evidente.

Mercês, *et al.* (2012) consideram que o internamento é um processo stressante e singular quer para a pessoa em situação crítica como para a sua família, realçando que os enfermeiros têm responsabilidades emocionais e psicológicas em cuidar das famílias que evidenciam quadros de choque, ansiedade, raiva, culpa e medo, havendo necessidade de fortalecer as suas relações. Assim, percebendo o impacto que o internamento tem na família, é possível reduzir a sua ansiedade e medo, aumentar a relação de confiança e reduzir o *stress*, promovendo o *coping* familiar.

Reconhece-se que existem já estudos que direcionam a necessidade de haver um planeamento de cuidados de enfermagem centrado nas necessidades da família, ajudando a encontrar significado nestes acontecimentos traumáticos com vista à minimização do *stress* pós-traumático e na prevenção de lutos patológicos (Davidson, 2009, 2010) sendo importante envolver a família no cuidar da pessoa doente em situação crítica.

As intervenções de enfermagem surgem descritas de forma díspar, enquadradas em diferentes momentos de cuidados à família, como sendo o momento do acolhimento da família (Knapp, *et al.*, 2013; Choi, *et al.*, 2013; Rinaldi, *et al.*, 2014; Davidson, 2009, 2010; Stayt, 2009), na preparação da família para a tomada de decisão (Khalaila, 2014; Iverson, *et al.*, 2014; Knapp, *et al.*, 2013), acompanhando a família quando assiste ao agravamento clínico súbito do seu familiar, concretamente presenciando manobras de reanimação cardio-respiratórias (Beer & Moleki, 2012; Köberich, *et al.*, 2010; Rinaldi, *et al.*, 2014) e em quadros agudos de *delírium* (Black, *et al.*, 2011) e por último na preparação da família para a morte do seu familiar (Bloomer & O'Connor 2012; Beer & Moleki, 2012; Köberich, *et al.*, 2010; Hickman, *et al.*, 2010).

De acordo com o estudo de Knapp, *et al.* (2013, p.1) fundamentado na evidência científica criou uma “*bundle familiar*” a aplicar pelos enfermeiros quando cuidam da família de pessoas em situação crítica, baseada em cinco princípios “*Evaluate, Plan, Involve, Communicate and Support (EPICS)*” que se revelou promotora na redução do *stress* contribuindo para o *coping* familiar. Com base nos fundamentos encontrados neste estudo, identificámos que tal intencionalidade de cuidar do *stress* da família se encontra padronizada na CIPE®, e assim enquadrámos as intervenções de enfermagem nessa ação intencional de cuidar que revelou um importante contributo neste processo de gestão de *stress*.

É de referir que a metodologia científica do processo de enfermagem emerge na avaliação inicial, importando reunir o maior leque possível de informação para melhor identificar

as necessidades da pessoa/ família. Das intervenções de enfermagem na ação “Avaliar”, correspondendo a 33% da sua identificação nos estudos encontrados, revelam que se deve avaliar o *stress* da família assim como a capacidade desta em se conseguir adaptar a uma nova realidade (Khalaila, 2014; Knapp, *et al.*, 2013; Choi, *et al.*, 2013; Hickman, *et al.*, 2010; Davidson, 2009). Contudo compete também identificar o elemento da família mais significativo para a pessoa doente, pois há referência que este é o elemento que vivencia maior nível de *stress* (Choi, *et al.*, 2013). Neste processo deve importar reconhecer também as capacidades cognitivas da família assim como as suas crenças religiosas e espirituais (Knapp, *et al.*, 2013; Mercês, *et al.*, 2012) uma vez que são categóricas no processo de desenvolvimento do cuidar.

Com base nesta avaliação, importa processar toda a informação recolhida e estabelecer um planeamento adequado às necessidades identificadas na etapa anterior. Deste modo encontrámos em mais de 40% dos artigos, intervenções que se enquadram na ação “*planear*”. Estas intervenções defendem um planeamento de cuidados centrados na família (47%), evidenciando um atendimento individual a cada uma, de acordo com as necessidades identificadas na ação “*avaliar*” (40%) que visem o bem-estar da família (Davidson, 2009).

Da ação “*planear*” emergem posteriormente as ações que visam intervenções de concretização mais prática como sendo o “*envolver*”, o “*comunicar*” e o “*apoiar*”.

Na ação “*envolver*” identificou-se em mais de 50% dos artigos que é de extrema importância, os enfermeiros, estabelecerem uma relação empática e de confiança com a necessidade de alicerçar a sua relação de cuidado com a família. Com percentagem quase similar (47%) é reforçada a importância na promoção do envolvimento da família nos cuidados, encorajando-a a interagir física e verbalmente com o doente (Khalaila, 2014; Black, *et al.*, 2011; Davidson, 2009, 2010), e desse modo capacitar a família a desempenhar um novo papel, envolvendo-a nos processos de tomada de decisão.

Os cuidados de enfermagem estabelecem-se através de um processo de relação entre o enfermeiro com um Outro. Indo de encontro ao conceito de relação, salientamos a necessidade de interação entre dois ou mais intervenientes, em que a comunicação é tida como uma importante ferramenta nesse processo. Também nos estudos encontrados, a ação “*comunicação*” assumiu grande destaque na referenciação das intervenções de enfermagem encontradas no controlo do *stress* na família. Em 53% dos estudos é manifestada a necessidade do enfermeiro comunicar de forma aberta e efectiva com a família (preocupando-se em validar e clarificar a informação). Referem ainda 33% dos estudos que os enfermeiros devem ser facilitadores na comunicação com a família, promovendo a escuta ativa e devem ter a capacidade de informar relativamente aos cuidados e tratamentos do seu familiar, contribuindo assim para que a família consiga entender, aceitar e enfrentar a doença, capacitando-a para os momentos de tomada de decisão (Khalaila, 2014; Mercês, *et al.*, 2012; Davidson, 2009, 2010).

Relativamente à comunicação, embora encontrado em menor evidência é de salientar que na sua intervenção os enfermeiros devem informar a família sobre o ambiente que rodeia o doente, devendo igualmente optimizá-lo, tendo-o o mais organizado possível antes de receber

a visita da família, pois é descrito que o conhecimento do ambiente promove o coping positivo, dando sentido ao que assusta o familiar (Iverson. *et al.*, 2014; Mercês, *et al.*, 2012; Davidson, 2009, 2010) uma vez que é através do controlo sobre a situação stressante que a família consegue controlar o *stress* e potenciar o *coping*, estando comprovado que a organização do ambiente confere serenidade e contribui na prevenção de *stress* pós traumático.

Por último, é importante assegurar a continuidade dos cuidados de enfermagem já planeados e realizados, assumindo-se o enfermeiro como um importante suporte nesta fase final do processo de transição da família. Assim, importou ainda identificar as intervenções de enfermagem no apoio da família durante e após os momentos de cuidado à pessoa doente.

Quase metade dos estudos da amostra apontam para esta necessidade de apoiar a família, confortando-a, proporcionando-lhe momentos para expressarem os seus sentimentos e emoções, com a preocupação de necessidade de aliviar o *stress* (com quem reconhecem que compreende a sua situação) promovendo assim mecanismos de *coping*.

Identificou-se em cerca de 33% dos estudos a necessidade do enfermeiro agir em complementaridade funcional quando percebe que já não tem capacidade ou competência para ajudar aquela família, promovendo e facilitando apoio psicológico, emocional ou espiritual de acordo com a sua avaliação e análise da situação (Iverson, *et al.*, 2014; Knapp, *et al.*, 2013; Hickman, *et al.*, 2010; Stayt, 2009).

Como evidenciam Khalaila (2014), Black, *et al.* (2011) e Davidson (2009) é importante que o enfermeiro reconheça as diferentes realidades e processos de adaptação que a família faz para enfrentar a nova realidade com que se deparou. Muitas vezes os curtos e regulamentados horários das visitas não se conciliam com as novas responsabilidades que o prestador de cuidados ou familiar significativo tem ao assumir novos papéis, principalmente quando o elemento da família responsável pelo equilíbrio económico da família é a pessoa que se encontra internada, nesse sentido importa que o enfermeiro facilite e flexibilize o horário das visitas de acordo com a disponibilidade da família, conscientes do benefício à pessoa doente.

Realçam Bloomer & O'Connor (2012), Köberich, *et al.* (2010) e Hickman, *et al.* (2010) que o enfermeiro assume uma posição determinante no apoio da família em situação de morte do seu familiar, e mesmo após a sua morte, pois a sua intervenção deve contribuir para a consciencialização deste momento como um processo normal do ciclo de vida, ajudar a pessoa a encontrar um sentido para o que está a vivenciar, consciente do importante contributo que esta intervenção tem para evitar processos de luto patológicos.

Os resultados que emergem desta revisão da literatura, clarificam a resposta à questão de investigação colocada, revelando que cuidar das famílias das pessoas em situação crítica é uma importante área de intervenção em que os enfermeiros se constituem determinantes na gestão e controlo do *stress* potenciado por estes momentos de crise. Seguindo Davidson (2010) na teoria de médio alcance que visa apoiar a família das pessoas doentes em situação crítica é importante que consigamos envolver a família e centrá-la no processo de cuidados como elemento integrante desse mesmo processo, conhecendo-a, ajudando-a a dar sentido aos momentos de crise, fornecer-lhe informação e envolvendo-a no cuidar do seu familiar,

permitindo que esta progressivamente vá tendo controlo sobre esta nova realidade e assim possa potenciar uma adaptação (*coping*) positiva ou prevenir processos psicopatológicos de *stress* pós-traumático que comprometem a saúde e o bem-estar daquela família.

Conflitos de interesses e considerações éticas

Reconhece-se que na realização deste trabalho não existiram conflitos de interesse.

Clarifica-se ainda que ao longo do seu desenvolvimento se cumpriu a identificação dos autores utilizados no suporte científico do trabalho, procedendo à sua referenciação como forma de fazer jus à propriedade intelectual dos mesmos.

CONCLUSÕES

Cuidar da família da pessoa em situação crítica é um desafio para as equipas de enfermagem. Por ser o enfermeiro o principal profissional que mais tempo passa junto do pessoa doente em situação crítica, é o que assume maior responsabilidade em conhecer e cuidar da sua família. Deve ser preocupação dos enfermeiros atender às famílias que experienciam estes acontecimentos, e ajudá-las também neste processo de transição e de adaptação (*coping*).

Identificámos que não existe um leque de intervenções pré-definidas na literatura que comprovam o controlo do *stress* da família da pessoa em situação crítica, embora uma abordagem de “*bundle* familiar”, incorporando a mesma intencionalidade de cuidar de todos os enfermeiros, comprovou ter diminuído a ansiedade e promovido o *coping* familiar.

Estas intervenções de enfermagem identificadas na literatura são também descritas como promotoras da humanização do cuidar em enfermagem, que se traduzem em importantes ganhos para a saúde prevenindo *stress* pós-traumático e lutos patológicos, aumentando consequentemente o grau de satisfação com a qualidade dos cuidados recebidos.

Como forma de validação destas intervenções de enfermagem no controlo do *stress* dos familiares da pessoa em situação crítica sugere-se a sua aplicabilidade utilizando escalas de stress (ansiedade ou depressão) antes da implementação desta abordagem de enfermagem baseada em evidência científica e uma outra no final do contacto com a família (no momento do regresso a casa, na transferência ou mesmo na morte da pessoa doente), de modo a validar a sua eficácia.

Esperamos que dos fundamentos encontrados neste trabalho, os enfermeiros integrem na prática implicações baseada na evidência científica de modo a prestar à família da pessoa em situação crítica cuidados de enfermagem que vão de encontro às suas necessidades reais, como é o caso da gestão e controlo do *stress*.

3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Ao longo deste capítulo irei descrever o percurso realizado nos locais de estágio que se revelaram preponderantes na mobilização de conhecimento, desenvolvendo competências gerais e específicas de enfermeiro especialista, na área de especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica, demonstrando o contributo da prática no moldar uma nova identidade profissional.

A metodologia descritiva, com análise critico-reflexiva das ações planeadas no início de cada estágio (que correspondem aos indicadores de processo) serviu de orientação e suporte, tendo permitido atingir os indicadores de resultado, que se materializaram em competências de enfermeiro especialista na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Esta esquematização fundamenta-se no modelo de avaliação da qualidade dos cuidados de saúde defendida por Donabedian (2003) quando considera que estes se podem avaliar através dos indicadores de estrutura, processo e resultado.

Ao longo deste processo descritivo múltiplas vezes assumo o processo de cuidar da pessoa em situação crítica como um processo de interação e de transição, dando enfoque à teoria de enfermagem da transição, definida por Afaf Meleis (2010). Nesse sentido, passo a mobilizar esta teoria, realçando o contributo da fundamentação da disciplina de Enfermagem para o seu desenvolvimento enquanto ciência, como defende Silva (2007).

O conceito de teoria resulta de uma articulação sistemática, coerente e organizada de aspectos da realidade que dizem respeito a uma disciplina. Tal como clarificam Apóstolo e Gameiro (2005, p.30) *“é uma representação simbólica descoberta ou inventada relativamente a aspectos da realidade, com o sentido de compreender, descrever, explicar, prever ou prescrever.”* Os mesmos autores adiantam que, as teorias de médio alcance, tal como considera Afaf Meleis a teoria da transição, tem por base uma estrutura que permite interpretar e explicar os fenómenos específicos da disciplina de Enfermagem, encontrando-se a sua génese na prática, sendo que esses fenómenos emergem da interação. Meleis (2010) considera que o conceito de transição emerge da interação da pessoa com o ambiente que a rodeia, possibilitando desenvolvimento de novo conhecimento/ capacidades, assim como um ajuste de comportamentos, permitindo deste modo uma mudança de Si, e em Si. Reforçam Mendes *et al*, (2010, p.15) que a *“transição é (...) a assunção de uma nova identidade, reformulada, assente na identidade anterior”*, e este deverá ser o esboço dos cuidados de enfermagem, como suporte da pessoa neste período.

Para melhor compreender uma teoria é importante compreender quais os metaparadigmas que definem o conhecimento mais abstracto numa disciplina são os conceitos globais que dão identidade ao fenómeno como sendo o interesse central da disciplina (Fawcett 2005, p. 4). Para a disciplina de Enfermagem, são definidos quatro metaparadigmas basilares, relacionados com os conceitos da sua *práxis*, como também a Ordem Dos Enfermeiros (2002) definiu no seu enquadramento conceptual, que são a saúde, a pessoa, o ambiente e os cuidados de enfermagem. Meleis (2010) definiu-os também na sua teoria, como sendo a saúde a percepção de bem-estar e capacidade de assumir novos papéis (como respostas aos sintomas de doença) a Pessoa (designa de “clientes” em todo o seu ciclo de vida, assim como famílias e comunidades, como objeto de ação das intervenções de enfermagem), o ambiente (meio onde existe a interação e relação entre o enfermeiro e a Pessoa) e os Cuidados de enfermagem (são as intervenções de enfermagem traduzidas nas ações de suporte e apoio do enfermeiro) no processo transaccional. A teoria da Transição, em termos da sua filosofia, assenta na base da interação, pois interação e transição são indissociáveis, devendo-se assumir assim este último como conceito basilar da disciplina de Enfermagem (Meleis, 2010).

Seguindo a teórica identificam-se quatro tipos de transições, as de natureza desenvolvimental, as de Saúde/ doença (relacionadas com os processos de recuperação de situações de doença, sendo nestas que o enfermeiro mais participa), as de natureza situacional e organizacional. Clarifica que de acordo com o seu padrão, estas podem ser simples ou múltiplas, podem ser simultâneas ou sequenciais, ou podem estar relacionadas ou não de acordo com a natureza destas, pois a Pessoa pode atravessar várias transições de diferentes tipos, sendo fulcral uma abordagem holística da pessoa, uma vez que as transições não são necessariamente discretas, mas estão interligadas como um processo complexo. Na experiência da transição incluem-se a consciencialização, o envolvimento que a pessoa demonstra, que pode ser físico, social ou emocional, a mudança e a diferença de identidade e de habilidades, a temporalidade, e por fim, os pontos e eventos críticos que são marcas que resultam dos pontos de passagem pelas outras propriedades, e que caracteriza o final da transição pela aceitação das novas rotinas, habilidades e estilo de vida inerente ao processo transaccional. Identifica ainda condicionantes que podem facilitar ou inibir o processo transaccional, associada à identidade própria pessoa tem de Si, assim como o papel que assume na sua comunidade ou na sociedade onde se insere e interage. O reconhecimento de transições semelhantes é também condicionante no processo de transição (Meleis, 2010).

Shumacher e Meleis (1994) in Aligood e Tomey (2010) identificaram a existência da intervenção terapêutica do enfermeiro no processo de transição, inicialmente na avaliação e compreensão holística da pessoa de modo a identificar quais os tipos e padrões de transições que a pessoa está a passar, seguindo-se a preparação para a transição, assegurando a criação de condições ideais para a transição e por último no apoio e suporte no processo de desenvolvimento de novos papéis, em que o enfermeiro ensina, instrui e substitui a pessoa na construção e desenvolvimento da transição.

Como reta final, importa aos enfermeiros identificarem os padrões de respostas que assentam na avaliação das condições da pessoa no final da transição, como está a lidar consigo, como interage, a confiança que demonstra e as estratégias de coping que desenvolveu, assim como os indicadores de resultados que se caracterizam na avaliação do domínio das capacidades e habilidades adquiridas e da forma como a pessoa se sente com a sua nova identidade desenvolvida, que caracteriza a sanidade da transição, e se traduz em ganhos na saúde. Como foi explanado concordo com Zagonel (1999, p.30) quando clarifica que *“o cuidado transacional não é algo definível, palpável, (...) mas ele surge da conscientização do enfermeiro ao desvelar a compreensão do cliente enquanto vivência o processo transacional.”*

Fundamento também a importância do modelo teórico de Patrícia Benner no meu percurso de aquisição de competências. Esta clarifica que a aquisição de competências baseada na experiência é mais rápida e segura, daí a importância dos locais de estágio como fundamento da materialização de competências, contudo é crucial uma robusta base pedagógica.

Benner (2001) cimenta a sua teoria no Modelo de Dreyfus de Aquisição e Desenvolvimento de Competências, em que o enfermeiro passa por cinco níveis distintos: o iniciado, o iniciado avançado, o competente, o proficiente e o perito. Estes diferentes níveis são o reflexo de mudanças que vão ocorrendo ao longo do processo da aquisição de competências e foi também importante no meu percurso situar-me e compreender em que nível me encontrava, tendo em consideração o meu processo de desenvolvimento pessoal e profissional. Este modelo tem por base o estudo de uma situação prática, refletindo na situação e determina o nível da prática evidenciada, explanando deste modo os pontos fortes que coincidem na demonstração de desenvolvimento e aquisição de competências gerais e específicas de enfermeiro especialista de Enfermagem médico-cirúrgica.

Descrevo de seguida o percurso desenvolvido iniciando-o por ordem cronológica e descrevendo a sua fundamentação, enquadramento e contributo na aquisição de competências neste processo formativo.

3.1- MÓDULO III- CONTROLO DE INFEÇÃO HOSPITALAR: Grupo De Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

O presente módulo de estágio desenvolveu-se no período de 24 de Abril a 21 de Junho de 2014, com a duração de 180 horas.

Dada a recente mudança da designação deste grupo de trabalho importa referir que este resulta da operacionalização da junção de dois programas de saúde, nomeadamente o Programa Nacional de Controlo de Infecção que teve início em 1999 e o Programa Nacional de Prevenção de Resistência aos Antimicrobianos com início em 2008, fundiram-se em 2013 através do Despacho do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde n.º 2902/2013, de 22 de fevereiro, que visa a criação do programa de prevenção e controlo de infeções e resistência aos antimicrobianos.

A designação de Comissão de Controlo De Infecção foi reformulada para Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCLPPCIRA) foi adiante legislado pelo Despacho do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde n.º 15423/2013 (publicado em Diário da República, 2.ª Série, N.º 229, de 26 de Novembro de 2013) no n.º 14 e a regulação da composição e das suas funções estão descritas no n.º 8 ao n.º 13 do mesmo despacho.

A congruência destes dois programas emerge da necessidade de priorizar o controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) assim como controlar o uso abusivo de antimicrobianos com relação direta no aumento da resistência destes, pelos microrganismos, dificultando o tratamento adequado aos doentes. O seu principal objetivo visa a redução das IACS quer hospitalares assim como na comunidade, reduzindo a taxa de microrganismos com resistência aos antimicrobianos. Segundo Pina *et al.* (2010, p.28) as IACS assumem características que “(...) tornam uma componente crítica de qualquer programa de segurança do doente”. Como descreve a Direção Geral da Saúde (DGS) (2013a, p.1) relativamente às IACS “(...) cerca de um terço são, seguramente, evitáveis” e são uma causa de expressiva morbi-mortalidade, representando um consumo acrescido de recursos hospitalares e comunitários, o qual dadas as condições socioeconómicas que atravessamos torna impreterível direcionar a atenção.

O GCLPPCIRA é constituído por um médico coordenador e uma enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica (a tempo inteiro), e outra enfermeira em regime de meio-horário, tal como é protagonizado na lei na alínea c) do n.º 9 do Despacho 15423/2013. Faz parte do grupo consultivo um médico farmacêutico e um médico infeciologista, se reúnem uma vez por semana para debater a metodologia adequada no sentido de dar resposta aos problemas que vão surgindo diariamente e definindo a melhor estratégia tendo em vista o controlo das infeções e a diminuição da resistência aos antimicrobianos na unidade hospitalar.

O GCLPPCIRA é um órgão consultivo do departamento executivo da própria instituição de saúde e integra os serviços que visam os programas transversais a todas as áreas clínicas do hospital, como é o serviço da gestão da qualidade e da gestão do risco, representando por isso um importante contributo na regulamentação da qualidade e segurança dos cuidados de saúde prestados ao cliente.

Desde logo tentei integrar-me no local de estágio, inteirando a metodologia de trabalho do serviço e da instituição, percebendo as estratégias utilizadas, relativamente à prevenção e controlo das infeções e da resistência aos antimicrobianos, de modo a mobilizar os recursos necessários para a obtenção de resultados de aprendizagem como futuro enfermeiro especialista, e que repercutam melhorias significativas na minha prática clínica visando a qualidade dos cuidados de enfermagem às pessoas que cuido. Como Benner (2001, p.14) considero que “a prática é um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento, e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática”.

O processo de integração visou adquirir competências de enfermeiro especialista, pois é sua **competência demonstrar capacidade de trabalho de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar**, e para isso é imprescindível que este se sinta integrado.

Após o processo de integração, iniciei o meu projeto de estágio delineando um **objetivo geral** que servisse de guia condutor a todo o meu percurso neste local de estágio, que foi: *“Desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica no âmbito da prevenção e controlo das infeções e resistência aos antimicrobianos”*.

O enunciado deste objetivo geral tem por base um conjunto de conceitos pretendendo transportar uma informação concreta, pelo que importa clarificá-los de modo a objetivar a compreensão do mesmo. Relativamente ao desenvolvimento de competências importa clarificar que este processo envolve uma componente temporal, ou seja, a aquisição de competência não é estanque, mas contínua e construtiva.

Segundo Nunes (2013, p.8) “(...) qualquer competência pode ser definida como tendo três componentes essenciais: conhecimento, atitudes e habilidades”. Quando, comumente, nos referimos às competências dos enfermeiros, associamos este conceito às suas competências profissionais que hoje se encontram devidamente especificadas como competências do enfermeiro de cuidados gerais e competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, encontrando-se estas descritas na Lei através do seu órgão regulador - A Ordem dos Enfermeiros (através do direito autorregulador que tem legalmente atribuído).

Assim, tal como nos descreve o Regulamento n.º 122/2011, de 18 de fevereiro (da Ordem dos Enfermeiros) no artigo 4º são domínios das competências comuns do enfermeiro especialista a *“responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais”*, entendendo que competências comuns são as competências que todos os enfermeiros especialistas devem desenvolver, independentemente da sua área de especialização. Contudo, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, para além desta deve desenvolver competências específicas, próprias da sua área de especialização, e são essas que pretendemos também especificar.

Os restantes conceitos do objetivo permitem caracterizar o campo de ação onde vai ser possível desenvolver tais competências. No decorrer desta reflexão de aprendizagem terei a atenção de realçar no desenrolar dos objetivos específicos traçados e das atividades desenvolvidos, as competências específicas adquiridas ao longo deste processo formativo que visam a obtenção do título de enfermeiro especialista na área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica.

Na discussão com a orientadora identificaram-se as principais áreas de atuação do enfermeiro que desenvolve a sua actividade profissional no GCLPPCIRA. Podemos considerar que existem quatro grandes áreas de atuação, indo de encontro ao que está regulado no Despacho n.º 2902/2013, de 22 de fevereiro, que alínea c) no n.º 13 que refere que lhes compete “garantir o cumprimento obrigatório dos programas de vigilância epidemiológica de infeções associadas aos cuidados de saúde e de resistência aos antimicrobianos”, que vise a

notificação de estirpes resistentes, assim como assegura estratégias de contenção (evitando a sua transmissão na unidade de saúde) e estratégias de controlo na prescrição de antimicrobianos.

Outra área importante é organização de programas de formação específica direcionada a todos os profissionais de saúde da instituição, apontando a melhoria de práticas de prevenção e controlo de infeção, como refere às precauções básicas, nomeadamente à higiene das mãos, uso correto de equipamentos de proteção individual e o controlo ambiental, com medidas de higiene eficazes, que visem o controlo das infeções na unidade hospitalar (tal como refere na alínea a) e f) do Despacho n.º 2902/2013, de 22 de fevereiro). Estas oportunidades formativas emergem de processos de supervisão/ auditoria, identificando áreas de melhoria, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

É outra área da sua intervenção a elaboração de um enquadramento documental que vise a uniformização de procedimentos com interferência direta na prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde. É também uma área que exige um conhecimento profundo de toda a organização hospitalar, das suas unidades funcionais e acima de tudo dos procedimentos que podem comprometer a segurança dos clientes quando não são aplicados de forma sistémica e sistemática. Esta área, é aliás, preponderante para a acreditação externa do hospital, alcançada em 2013 pela *“Joint Commission International”*.

Por último, e não menos importante, compete-lhe participar na consultoria aos serviços, enquadrada na organização hospitalar. O GCLPPCIRA é um órgão consultivo do departamento executivo, sendo solicitado a dar parecer face a inúmeras questões que se prendem com a estrutura orgânico-funcional da instituição, no que concerne a implicações diretas que possam comprometer a segurança do cliente e dos cuidados, como por exemplo a remodelação ambiental do hospital ou a alteração de processos standardizados (por exemplo, circuito de recolha de roupa) e ainda esclarecimento sobre dúvidas dos próprios profissionais relativamente a triagem de resíduos, cuidados de isolamento ou mesmo face a situações de contacto com clientes que possuem doenças infecciosas raras e que importa esclarecer dúvidas, visando a segurança dos clientes e dos profissionais.

Todo o processo de integração inicial e, *à posteriori* este processo de identificação de áreas de atuação moldou o modo como direcionei os meus dois objetivos específicos para este estágio, tendo sempre em consideração a aquisição de competências específicas de enfermeiro especialista. Deste modo, delineei como **primeiro objetivo específico**:

“Participar de forma ativa com a equipa do GCLPPCIRA nas atividades desenvolvidas, nomeadamente no âmbito da vigilância epidemiológica, nos programas de formação desenvolvidos, na consultoria aos serviços e no enquadramento documental.”

Este objetivo específico sugere integração, operacionalidade e participação nas principais áreas de atuação protagonizadas pelo grupo de trabalho. Assim, de modo a traduzir o meu percurso ao longo do estágio no desenvolvimento deste objetivo irei descrever as atividades desenvolvidas, e os resultados que consegui, tendo sempre como meta final o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista.

Como o objetivo específico engloba quatro grandes áreas importantes para a aquisição de competências como enfermeiro especialista de enfermagem médico-cirúrgica no âmbito da infeção hospitalar, subdividi-o em vigilância epidemiológica, formação, consultoria e enquadramento documental. Começo por abordar o conhecimento desenvolvido ao nível da vigilância epidemiológica, que é uma área complexa e muito importante quando nos referimos ao controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde, com importante metodologia no controlo da resistência aos antimicrobianos. É através desta metodologia que poderemos classificar os tipos de infeções associadas aos cuidados de saúde, seguindo os critérios internacionais, de modo a podermos comparar os resultados das IACS nas nossas instituições de saúde com outras instituições quer nacionais quer internacionais, assim como comparar os resultados do nosso país com os demais.

A DGS (2013a, p.3) redigiu num documento as orientações programáticas para o GCLPPCIRA onde constam as principais estratégias ao nível da vigilância epidemiológica:

“- A dinamização da participação dos hospitais e dos laboratórios de microbiologia nos sistemas de vigilância das infeções, resistência aos antimicrobianos e consumo de antibióticos; - Reforço dos sistemas de vigilância de resistência aos antimicrobianos, de forma a poder desenvolver processos de resposta rápida e eficiente a situações preocupantes; - Integração das bases de dados de vigilância epidemiológica de infeções associadas aos cuidados de saúde nas Plataformas de Dados da Saúde.”

Para esta operacionalização foi importante a Norma emitida pela DGS N.º 04/2013 de 21/02/2013 que implica a dinamização do sistema de vigilância epidemiológica das resistências aos antimicrobianos visando a notificação imediata de microrganismos “*alerta*” e “*problema*” trimestralmente, direcionada a todos os laboratórios do Sistema Nacional de Saúde (SNS) (inclui os laboratórios públicos e privados). Foi para mim um desafio interiorizar os conceitos que circundam esta metodologia, dado o desconhecimento nesta área, e por todo o processo de consulta, revisão e classificação das IACS se realizar num sistema informático desenvolvido e implementado pelo GCLPPCIRA e sistemas informáticos, no âmbito do processo clínico do doente ao nível do programa SOARIAN®, em uso na instituição, que até então me era totalmente desconhecido.

Fui progressivamente conhecendo o modo de apresentação dos dados no programa, consultando os resultados microbiológicos, a história clínica, os resultados analíticos com importância na análise da evolução de parâmetros inflamatórios que caracterizam a resposta adequada dos antimicrobianos, percebendo se a antibioterapia prescrita se adequava aos resultados obtidos no Teste de Sensibilidade aos Antimicrobianos com importante interferência na resistência dos microrganismos.

A metodologia desenvolvida nesta instituição em relação à vigilância epidemiológica passa por uma abordagem ativa e sistemática, tendo por base o laboratório de microbiologia. Os resultados de todas as culturas positivas são enviadas para o GCLPPCIRA, que as analisa diariamente de modo a ativar/ confirmar os tipos de isolamento adequado de acordo com a via

de transmissão dos microrganismos epidemiologicamente significativos identificados. Procede também à classificação das IACS, consoante os Critérios do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) para o Diagnóstico das Infecções (DGS, 2009), relativamente à sua localização, origem e que permite posteriormente analisar as IACS na instituição, entre instituições e entre países aderentes.

É de realçar também que a instituição de saúde possui um sistema pró-ativo de avaliação de risco epidemiológico à admissão, com um questionário epidemiológico direcionado para o despiste de microrganismos epidemiologicamente significativos (MES). Mediante esse preenchimento pelo médico ativa colheitas de estudos de colonização que visa o despiste de *Staphylococcus Aureus* Resistente à Oxacilina/ Meticilina (também designado por MRSA), *Acinetobacter* Multiresistente ou colheita de fezes para pesquisa de toxinas A e B para *Clostridium difficile* e ativa também um isolamento presuntivo, ficando o doente, neste caso, a aguardar a confirmação de acordo com os resultados microbiológicos, que devem ser confirmados pelo médico responsável do cliente ou pelo elemento de enfermagem do GCLPPCIRA. A identificação dos microrganismos epidemiologicamente significativos têm grande relevância na respetiva ativação de isolamento de acordo com a via de transmissão (de contacto, de gotículas e de aerossóis), de modo a conter as infeções na instituição, constituindo um trabalho árduo de gestão de camas e dos recursos humanos, pois diariamente é necessário transferir clientes entre quartos e mesmo entre serviços, de modo a fazerem coorte com outros com o mesmo padrão infeccioso. Contudo, é sabido que o cumprimento destas Precauções Básicas de Controlo de Infecção denotam-se de extrema necessidade na lógica de resguardar a segurança dos outros clientes e dos próprios profissionais de saúde com vista à prevenção e controlo de infeção (DGS, 2013b).

Relativamente aos MES estudados na instituição, no que concerne à sua resistência aos antimicrobianos e que importa conter são o *Staphylococcus Aureus* Resistente à Oxacilina/ Meticilina (MRSA), a *Pseudomonas Aeruginosa* Multiresistente, a *Enterobactiaceae* Resistentes à Vancomicina (VRE), o *Acinetobacter Baumannii* Multiresistente, o *Clostridium Difficile* e a *Klebsiella Pneumoniae* Multiresistente, constituindo um grave problema na transmissão e colonização noutros clientes/ profissionais ou visitas podendo constituir-se um grave problema para a saúde pública.

Neste sentido, foi importante conhecer a metodologia de incentivo à higiene das mãos, tendo colaborado no dia 5 de Maio na apresentação dos resultados da taxa de adesão à higiene das mãos, onde os dois serviços com maior taxa de adesão receberam a congratulação com produtos de higiene das mãos e foram premiados com dois óscares (a afixarem no serviço). Posteriormente acompanhei a apresentação dos resultados do ano de 2013 do Hospital no simpósio organizado pela DGS que convidou as principais instituições de saúde onde esta taxa era superior a apresentar as estratégias desenvolvidas para a obtenção das mesmas. Recorde-se que a Organização Mundial de Saúde tinha delineado para o ano 2013 uma taxa de higiene das mãos de 90% para todas as instituições de saúde, e a média nacional ainda se situa nos 69%, segundo dados da DGS. É de destacar o esforço de todos os

profissionais de saúde da instituição na obtenção de uma taxa de adesão à higiene das mãos, o que se deve sobretudo ao trabalho de formação e sensibilização por parte do GCLPPCIRA realçando que as estratégias mais básicas e mais baratas são a primeira linha da prevenção e controlo das infeções.

Faz parte também do GCLPPCIRA, ainda relativo à Vigilância Epidemiológica, a classificação das IACS de acordo com os critérios específicos, já anteriormente referidos, como Infeções do Trato Urinário associadas à presença de cateter urinário, Infeções do Local Cirúrgico, Infeção Nosocomial da Corrente Sanguínea e Pneumonia Associada ao Ventilador, o que exige um extenso trabalho de análise aos processos clínicos dos clientes, para determinar, primeiro, se as culturas positivas resultam de infeções associadas aos cuidados de saúde ou se resultam de infeções na comunidade, se desenvolveram nas primeiras 48 horas da admissão no hospital, e só depois se avalia os resultados das culturas com a clínica dos clientes (excluindo as colonizações das infeções) para posteriormente caracterizar as IACS.

A vigilância epidemiológica constitui um importante método de contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde uma vez que com os resultados obtidos se pode intervir ativamente em determinados serviços da instituição onde existe maior incidência ou prevalência dessa IACS, melhorando procedimentos ou instituindo medidas de melhoria e essa é também uma função do GCLPPCIRA. Durante o meu período de estágio tive a oportunidade de fazer uma visita ao laboratório de microbiologia, que me permitiu um conhecimento mais aprofundado do que acontece aos produtos que, diariamente compete aos enfermeiros colherem, e que por vezes não se tem a perceção dos resultados dos mesmos, e do processo que sofrem até se poder evidenciar um resultado que é preponderante para uma adequada prescrição antimicrobiana. Este processo traduz o sucesso da recuperação dos clientes com infeções, visando a melhoria da qualidade dos cuidados aos clientes assim como a diminuição do seu tempo de internamento que também se traduz em redução de custos para a instituição.

Esta experiência revelou-se importante no sentido em que me permitiu refletir na importância do cumprimento das boas práticas no momento das colheitas de espécimes, que comumente é da responsabilidade do enfermeiro realizar ou colaborar, e como isso pode ser preponderante para a obtenção de um diagnóstico microbiológico correto e em tempo útil, interferindo esta prática ativamente na segurança do cliente e na qualidade dos cuidados que prestamos. Esta experiência fez-me refletir sobre um problema no meu próprio local de trabalho, com os colegas, numa frustração sentida por não percebermos como tínhamos um número grande de colheitas de secreções inaceitáveis, e num serviço de pneumologia o resultado deste produto é crucial no cuidar de clientes com infeções respiratórias, adequando a antibioterapia numa fase precoce do tratamento.

Permitiu-me também discutir o problema das hemoculturas inquinadas, que tem também enfoque nos cuidados que prestamos, pois quando acontece põe em perigo a segurança do doente, uma vez que este pode encontrar-se com uma bacteriemia sem antibioterapia dirigida e que tem interferência direta no seu processo de doença. Deste modo, a compreensão do processo de colheita, transporte, cultura, incubação, identificação de grupo

microbiológico e identificação de Teste de Sensibilidade Antimicrobiana tornou-se imprescindível para a minha aprendizagem por considerar que a compreensão deste processo na sua transversalidade permite ao enfermeiro especialista poder detetar e solucionar problemas de modo eficaz no seu dia-a-dia. Esta competência é-lhe reconhecida por pertencer à sua esfera de competência na sua área de especialização, assumindo a responsabilidade de supervisionar e intervir ativamente, promovendo a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Da reflexão desta actividade permite-me identificar competências que consegui mobilizar para a minha realidade de prestação de cuidados, trazendo para a reflexão na prática onde laboro, **demonstrando zelo pelos cuidados que presto**. Partilhar este conhecimento permitiu melhorar práticas e reforçar com os meus pares a importância de priorizar a colheita de hemoculturas como um dever inerente ao compromisso que estabelecemos com a pessoa doente (não atrasar o seu atendimento e recuperação), comunicando aspectos complexos de âmbito académico e profissional, sendo criativo na interpretação e resolução de problemas.

Relativamente à Vigilância Epidemiológica, considero ter conseguido mobilizar os conhecimentos adquiridos quer na formação graduada assim como na bibliografia consultada ao longo do estágio clínico, pelo que após receber os resultados microbiológicos do laboratório consegui identificar quais os clientes a isolar, percebendo se reuniam critérios para descolonização, se reuniam critérios para fazer coorte com outros, prescrevendo o tipo de isolamento e os meios de proteção individual adequados e o tipo de limpeza do ambiente. No caso dos clientes com *Clostridium Difficile*, é o único que se recomenda a limpeza do ambiente com hipoclorito de sódio pois outros tipos de desinfetantes são ineficazes na irradicação das formas esporuladas (que podem permanecer no ambiente até 7 meses).

Deste modo, como enfermeiro especialista estou apto a detetar e intervir ativamente em situações epidemiológicas que careçam de isolamento, no meu próprio local de trabalho, supervisionar e intervir ativamente nos processos de controlo de estirpes epidemiologicamente significativas, na adequação de uso de dispositivos de proteção individual e na supervisão e melhoria dos cuidados na colheita de produtos microbiológicos. Após identificação do Teste de Sensibilidade Antimicrobiana, pelos conhecimentos desenvolvidos neste local de estágio, compete-me mobilizar o meu agir e sensibilizar para correta prescrição antimicrobiana e da necessidade de descalção da mesma, agindo de acordo com as minhas competências alertando os outros profissionais que integram a equipa de saúde, agindo em complementaridade funcional, visando a prevenção e controlo da resistência aos antimicrobianos, atendendo à segurança do doente e ao bem comum.

Cabe ao GCLPPCIRA participar no programa de formação a desenvolver aos colaboradores da instituição de saúde, visando a melhoria da qualidade dos cuidados e da segurança do cliente no que respeita a prevenção e controlo das infeções.

Ao longo do estágio tive a oportunidade de participar como formando nas principais acções de formação desenvolvias por este grupo de trabalho. A formação faz parte das estratégias específicas da sua intervenção descritas no Programa de Prevenção e Controlo das Infeções e Resistência aos Antimicrobianos, nas orientações programáticas emitida pela DGS

(2013a, p.3) *“dinamização de formação sobre controlo e prevenção de infeções relacionadas com os cuidados de saúde e sobre as resistências aos antimicrobianos”*, visando envolver todos os profissionais de saúde da instituição, com o propósito de informar /educar e mesmo sensibilizar os que já têm formação específica na área.

Hesbeen reforça esta premissa quando afirma que (2000, p.138) a *“(...) formação contínua é a oportunidade de prosseguir e aprofundar o despertar para a maravilha do outro (...) bem como a estetização e a revelação da beleza e da utilidade dos cuidados de enfermagem.”*

Existia já uma planificação de formação interna na instituição a este nível, pois sendo uma instituição de saúde recente, constituída por equipas de saúde dispare, advindas de realidades de trabalho em que a cultura de prevenção e controlo de infeção estaria pouco divulgada ou relativizada e mesmo classes profissionais sem conhecimento da realidade hospitalar, com muitos assistentes operacionais integrados sem conhecimentos específicos na área da saúde e que têm implicação direta no contacto com o cliente, importou estruturar um plano formativo nesta área, revelando-se preponderante para a acreditação da qualidade pela *Joint Commission International*. Deste modo, foi importante para mim ao longo do período de estágio assistir a estas sessões formativas. O aprofundamento de conhecimento nesta área de intervenção permitiu-me, como especialista, refletir sobre os conteúdos abordados quer nas aulas quer nos adquiridos no âmbito no local de estágio, o que me permitiu cimentar conhecimento específico, enquadrar esses conhecimentos, e transportá-los para a prática dos cuidados.

É de salientar que este facto me permitiu desenvolver capacidade crítica sobre as práticas que diariamente compete ao enfermeiro supervisionar, sobre os assistentes operacionais em situações de delegação de tarefas, regulamentadas no artigo 10º do REPE, de quem são funcionalmente dependentes, por exemplo ao nível da higiene das mãos ou da higiene ambiental e mesmo ao uso de dispositivos de proteção individual adequados aos procedimentos e que têm implicações diretas na segurança do doente e do próprio profissional.

Tive também oportunidade de assistir como formando ao *“Curso Básico de Prevenção e Controlo de Infeção: Uma Tarefa Universal e Permanente”* com uma duração de 8 horas, dirigida a todos os enfermeiros que iniciam funções no hospital, sensibilizando para os riscos das infeções associadas aos cuidados de saúde, referenciando os Microrganismos Epidemiologicamente Significativos e demonstrando evidência científica da realidade Portuguesa, e relembrar conceitos e microbiologia, infeção, colonização, transmissão e as principais IACS no hospital. A segunda parte visou percorrer os fundamentos do cumprimento das 10 precauções básicas em controlo de infeção, tendo como referência o documento normativo emitido pela DGS na Norma 029/2012, de 31/10/2013 relativamente a esta temática, descrevendo e enquadrando estas na realidade da prática dos cuidados.

Refletindo sobre os conteúdos abordados, esta formação permitiu-me como enfermeiro especialista desenvolver capacidade de análise na classificação das IACS de acordo com o foco de origem no organismo da pessoa doente. O doente crítico é sujeito a múltiplas

intervenções que concorrem para a possibilidade de ocorrência de situações adversas concretamente no que respeita às IACS. É invadido por múltiplos dispositivos que penetram as suas áreas estéreis como sejam os cateteres vasculares centrais e periféricos, os cateteres urinários, tem necessidade de ventilação mecânica invasiva, por vezes precisa de ser submetido a intervenções cirúrgicas, comportando um risco elevado de ocorrência de infeção.

Transpondo estas preocupações para a esfera do enfermeiro especialista nesta área do cuidar do adulto em situação crítica importa assumir capacidade de análise crítica reflexiva sobre o contexto de cuidar, supervisionar e intervir ao nível das suas competências no cumprimento das precauções básicas (como filtros preponderantes na prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde) e deste modo ter autonomia para intervir e identificar áreas de melhoria, na unidade funcional onde labora, que visem a qualidade dos cuidados de enfermagem através da dinamização do conhecimento que detém, intervindo e refletindo na prática com os seus pares e funcionalmente dependentes.

Particpei também na formação realizada pelo GCLPPCIRA aos assistentes operacionais que iniciam funções na instituição *“Curso básico de prevenção e controlo de infeção para assistentes operacionais”*. Este grupo profissional entra na realidade hospitalar sem formação específica em saúde e este curso é de extrema importância, procurando moldar o seu pensamento e a sua ação na execução diária das suas tarefas.

Esta classe profissional é funcionalmente dependente da supervisão dos enfermeiros, assim enquanto enfermeiro especialista, esta formação permitiu-me desenvolver pensamento reflexivo e competências ao nível da supervisão dos meus funcionalmente dependentes, pois só ajudando-os a adquirir conhecimento e competências funcionais práticas, corrigindo-os de forma construtiva e sensibilizando-os para as especificidades do ambiente hospitalar poderemos oferecer cuidados de saúde globais com elevada qualidade, pois estes são o reflexo de toda uma equipa de trabalho e não de apenas alguns elementos mais diferenciados.

Esta oportunidade formativa permitiu-me também perceber as principais dificuldades e dúvidas destes profissionais numa cultura de prevenção e controlo das infeções, pois integram uma responsabilidade por todos partilhada, e permitiu-me no meu ambiente de prestação de cuidados estar mais atento às tarefas desempenhadas por este grupo profissional, sensibilizando para especificidades da prática diária no que concerne à limpeza do ambiente, higienização das mãos e ao adequado uso de dispositivos de proteção individual na prestação de cuidados aos doentes que apresentam maior risco infeccioso.

Foi-me ainda possibilitado assistir ao 3º Simpósio de Enfermagem organizado na instituição com o tema *“Novas Abordagens ao Doente com Ferida”* realizado no dia 29 de Maio. O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica deve desenvolver conhecimentos especializados no cuidar da pessoa com ferida, pois compete-lhe desenvolver cuidados de enfermagem especializados tendo em conta uma avaliação sistémica e sistemática, identificando e controlando fatores potenciadores de cicatrização, atuando na prevenção e controlo da infeção da ferida (que atrasa o seu processo de cicatrização) potenciando a qualidade de vida da pessoa e o controlo dos custos em saúde. Participar neste simpósio foi

importante pois consegui aumentar os meus conhecimentos na abordagem à pessoa com ferida, refletir sobre o papel do enfermeiro especialista com formação específica em prevenção e controlo de infeção, mobilizar o conhecimento científico atualizado para a prática o que se traduziu num contributo de bastante relevo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, quer pela partilha com os meus pares no meu local de trabalho como na minha prática clínica de prestação de cuidados.

Destaco que acompanhei a Enfermeira Orientadora na sua própria autoformação especializada, pois é através da mobilização e atualização do conhecimento que nos tornamos mais competentes, tendo participado no simpósio “Segurança do Doente na Prestação de Cuidados de Saúde” organizado pela *Advanced Sterilization Products*, no dia 19 de Maio 2014 **(ANEXO I)**, que me permitiu **desenvolver capacidade reflexiva, crítica e aprendizagem** na área da esterilização, assumindo que tem uma importância crucial no controlo das IACS com repercussão direta na qualidade dos cuidados de saúde e na segurança do cliente.

Este processo formativo visa também o princípio da excelência no exercício da profissão, como nos recorda a alínea c) do n.º 3 do artigo 78.º do CDE, assim como realça na alínea c) do artigo 88.º relativamente ao dever da excelência do exercício “manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”.

Esta preocupação do enfermeiro para se atualizar e fazer formação específica é também uma competência comum a desenvolver pelo enfermeiro especialista descrita no Regulamento 122/2011, de 18 de fevereiro de 2011, no domínio das aprendizagens profissionais que são desenvolvimento de “(...)autoconhecimento e assertividade”, assim como firmar na sua prática clínica “(...) especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”, que só é possível através de uma busca contínua de conhecimento.

O programa de formação na área assistencial de enfermagem é coordenado pelo gabinete de gestão de risco, ao cargo da Enfermeira Coordenadora dos Programas Transversais do Hospital (todas as unidades clínicas), que desenvolveu uma seção formativa onde também participei, inserida na segurança do doente. Esta formação visou compreender uma metodologia de análise de risco associado aos cuidados de saúde denominada de *Healthcare Failure Mode and Effect Analysis* (HFMEA). Esta formação permitiu-me compreender a importância da avaliação das situações de cuidados potenciadoras de eventos adversos que se traduzem em risco para os clientes.

Esta metodologia consiste na análise da descrição de procedimentos avaliando o risco de ocorrerem eventos adversos nas ações identificadas para um procedimento. Esta metodologia é de extrema importância pois permite fazer uma análise de risco antes dos eventos adversos acontecerem, possibilitando uma ação preventiva nos cuidados de saúde, salvaguardando a integridade dos clientes e minimizando o risco a que estão expostos.

Esta metodologia já foi utilizada no processo de acreditação da instituição e traduziu uma área de intervenção que posteriormente foi incluída no processo de formação intra-hospitalar, que é lecionada pela Enfermeira do GCLPPCIRA integrada o plano de formação da

Segurança do Medicamento: “Técnica Assética na Preparação e Administração do Medicamento” dirigida a todos os enfermeiros do hospital, à qual eu também tive a oportunidade de assistir e relembrar conceitos chave, refletir sobre as minhas práticas face aos conteúdos abordados integrando a importância dos mesmos como uma mais-valia para a prestação de cuidados mais seguros e perceber que a intervenção associada a esta metodologia de gestão do risco traz ganhos para a qualidade dos cuidados prestados.

Senti-me esclarecido, mais consciente sobre o risco subjacente às ações na prestação de cuidados, e também com conhecimentos especializados para eventualmente um dia mais tarde como enfermeiro especialista desenvolver esta metodologia de análise de risco visando uma intervenção de melhoria no meu local de trabalho.

Conhecer estratégias científicas que visem a análise do risco foi sem dúvida um contributo positivo no meu processo formativo, pois descreve o Regulamento 122/2011, de 18 de fevereiro de 2011, no artigo 6.º que é uma das competências do enfermeiro especialista contribuir na melhoria contínua da qualidade, referindo na alínea c) “cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro” sendo uma unidade de competência gerir o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais.

Ao nível da consultoria, consegui perceber que o GCLPPCIRA é solicitado variadíssimas vezes de modo a dar um parecer de esclarecimento, ajuda e colaboração na segurança dos cuidados prestados nas várias áreas clínicas da instituição de saúde.

Ao longo do estágio acompanhei a Enfermeira Orientadora na consultoria realizada, quer em pareceres de melhoria das instalações físicas, aquando da substituição de materiais de apoio ao funcionamento clínico danificado, como exemplo, a distribuição de caixotes de lixo, a substituição de lavatórios danificados, onde é importante assegurar a funcionalidade e a adaptabilidade dos materiais à realidade hospitalar, para as especificidades utilitárias nestes locais de prestação de cuidados.

Comumente é solicitada colaboração no esclarecimento na triagem de equipamentos de uso clínico para o circuito de lixo, pois é uma das precauções básicas do controlo de infeção (PBCI) emanadas na Norma da DGS nº 029/2012 de 31/10/2013 (2013b,p.9) a “recolha segura de resíduos”. No fundo, na execução das suas funções, a Enfermeira do GCLPPCIRA assegura a consultoria com a finalidade de assegurar a segurança do cliente em resultado da prestação de cuidados, promovendo o cumprimento das precauções básicas em controlo de infeção, emitidas pela DGS na norma acima descrita, visando a segurança do cliente e dos próprios profissionais de saúde, em todos os momentos de cuidados e a todos os clientes, de modo a uniformizar as boas práticas de controlo de infeção na instituição. Para isso, é também importante o contributo das auditorias realizadas para avaliação do conhecimento/cumprimento dessas precauções básicas, que são o pilar que sustenta uma cultura ativa de controlo de infeção, e que salvaguarda a segurança dos clientes a quem se dirigem os cuidados de saúde.

Uma das estratégias para fomentar esta cultura segura é através da existência de um grupo dinamizador na área do controlo de infeção, em todos os serviços da instituição. Este

grupo dinamizador é constituído por um enfermeiro de cada serviço clínico, que servem de extensão na prática clínica do GCLPPCIRA e se reúnem uma vez mensalmente, com o objetivo de discutir possíveis dúvidas que emergem da sua prática ou dos seus colegas, na partilha de informação e na estratégia delineada pelo GCLPPCIRA para desenvolverem atividades nas unidades clínicas que visem a melhoria dos cuidados. Através da realização de auditorias internas e dos dados analisados são delineadas estratégias de melhoria.

Estes elementos dinamizadores integram também as auditorias aos serviços no que respeita à higiene das mãos que é uma PBCI com grande relevo de melhoria na instituição, e que pretende que se inicie uma cultura enraizada nas boas práticas na prestação de cuidados em todos os profissionais de saúde da instituição.

Outra área de consultoria realizada pelo GCLPPCIRA, que faz parte das PBCI é o “*controlo ambiental*”, em que se pretendeu uniformizar e otimizar os processos de limpeza do ambiente, tentando obter bons resultados com menores tempos despendidos nas limpezas, promovendo quer a economia nos produtos de limpeza quer nos recursos humanos encarregues deste processo. Assim depois de encontrado um produto no mercado com ação detergente e desinfetante, que poupa os recursos humanos, pois com apenas numa oportunidade de limpeza tem duplo efeito, contribui ativamente quer para os objetivos do controlo da infeção como para os do serviço, pois liberta os recursos humanos para realizarem outras atividades. Apenas se manteve os processos de limpeza com detergente e desinfecção do ambiente com hipoclorito de sódio para os derramamentos de fluidos orgânicos e limpezas de isolamentos onde coabitam doentes com *clostridium difficile*. Nesta sequência, a Enf.^a do GCLPPCIRA foi individualmente a cada serviço apresentar o produto, as suas especificidades e os cuidados no seu manuseamento e esclarecer dúvidas nos processos de limpeza do ambiente. Ter participado neste processo permitiu-me desenvolver capacidade reflexiva de todo o processo que envolve a introdução de novos produtos nas instituições de saúde, os riscos que estão associados e a importância que os enfermeiros especialistas têm no esclarecimento, ensino e supervisão da aplicação destes produtos nos seus funcionalmente dependente, quer na segurança do utilizador assim como na segurança do cliente, onde o processo de limpeza diária é realizado.

Outra área importante das PBCI na consultoria foi também a “*descontaminação do equipamento clínico*”, em que ao longo do estágio consegui perceber que este grupo de trabalho tem uma importante intervenção, no esclarecimento de dúvidas da forma como os diferentes materiais usados na prática clínica devem ser limpos, desinfetados ou esterilizados e como se deve realizar todo esse processo sem que se percam as garantias do fabricante no que respeita à sua garantia e manutenção. Esta intervenção tem resultados diretos na segurança do doente assim como na prevenção e controlo das infeções hospitalares, pois um dispositivo sem uma limpeza e desinfecção adequada não deve ser usado entre doentes. Esta temática surgiu como foco de interesse no meu processo de aprendizagem e delineei um objetivo específico onde mais detalhadamente abordará esta temática e o contributo que obtive para a aquisição de competências.

A outra grande área de atuação do GCLPPCIRA é a elaboração de um enquadramento documental que vise a uniformização de procedimentos tendo como principal objetivo a prevenção e o controlo das infeções e da resistência aos antimicrobianos. Ao longo do meu estágio clínico procurei conhecer o enquadramento documental já elaborado na instituição, mas acima de tudo, percebi que mais importante que um bom número de documentos padronizados, fundamentados e disponibilizados é ir ao encontro dos profissionais e divulgar através de sessões de formação esses conhecimentos, sendo uma forma mais eficaz de passar informações e principalmente alertar para a mudança de comportamentos que visem a segurança dos cuidados prestados.

Também a este nível tentei deixar o meu contributo. Após discussão com a Enfermeira Orientadora considerei pertinente desenvolver um enquadramento documental onde fosse possível enunciar os dispositivos médicos de médio risco (segundo a classificação de Spaulding, já mencionada na década de 70) e que segundo a metodologia em uso na instituição integrasse o que está parametrizado e regulado pelo fornecedor para a sua lavagem, desinfeção e esterilização, identificando os serviços utilizadores, o serviço onde devem ser reprocessados bem como as considerações a ter em conta nesse processo. Por tudo o que descrevi penso ter atingido o objetivo específico a que me propus assim como ter atingido as competências comuns e específicas de enfermeiro especialista nesta área de intervenção.

O meu segundo e último objetivo específico, visou adquirir competência nas áreas do enquadramento documental e na área da consultoria. Como já referido, este objetivo enquadra-se numa problemática de importância extrema para a segurança do doente na regulação do uso de dispositivos médicos na unidade hospitalar. Assim delineei o seguinte **objetivo específico**:

“Contribuir na elaboração do enquadramento documental que visa a melhoria contínua da qualidade dos cuidados na área da prevenção e controlo de infeção associado à regulação do uso e reprocessamento de dispositivos médicos semicríticos de uso múltiplo no hospital atendendo aos critérios de classificação de Spaulding.”

Sabemos que no âmbito nacional existe uma vasta quantidade de dispositivos médicos a entrar nas unidades de saúde, quer por via de dar respostas a necessidades internas, quer por necessidades externas (pressões dos seus representantes em serem experimentados numa tentativa de os introduzirem no mercado em larga escala) por vezes selecionados sem critérios estreitos. Maioritariamente esta seleção é efetuada quer por responsáveis médicos dos serviços de acordo com as suas preferências, quer pela assessoria da gestão hospitalar pela avaliação de componentes económicas, descurando-se a parte mais importante que é o conhecimento das especificidades técnicas dos dispositivos, se podem ou não ser reutilizados, e nesse caso qual o tipo de reprocessamento adequado de modo a não danificar quer o dispositivo e os seus componentes, comprometendo a validade da garantia e da sua manutenção mas principalmente resguardar a segurança do doente/ cliente onde vai ser utilizado. Depois importa considerar se a instituição tem meios técnicos adequados para o

reprocessamento dos mesmos e até mesmo se os produtos recomendados se encontram regulados no país para a possibilidade de uso.

Está regulado no Decreto-Lei n.º 145/2009, de 17 de junho, as diligências necessárias para o uso de um dispositivo médico, sendo um dever do fabricante entregar juntamente com o dispositivo, o manual de utilização, traduzido na língua do país utilizador, em que deve incluir um capítulo dedicado ao tipo de reprocessamento adequado nos casos em que se permite o uso em múltiplos clientes. Relativamente à possibilidade de reprocessamento, os dispositivos médicos podem ser classificados em três tipos: os dispositivos médicos de uso único (não está recomendado pelo fabricante o seu reprocessamento, impossibilitando o uso entre clientes), os dispositivos médicos de uso múltiplo (têm certificação do fabricante para serem reprocessados/reutilizados em que os métodos aconselhados não comportem efeitos nefastos nas características físicas e mecânicas do dispositivo) e os dispositivos médicos de reprocessamento limitado (têm igualmente certificação do fabricante para um número limite de utilizações/ reprocessamentos, findando esse número o fabricante não garante a segurança das suas características).

O processo de recolha, reprocessamento e distribuição dos dispositivos médicos quer de uso múltiplo quer de reprocessamento limitado é da responsabilidade do serviço de esterilização central da instituição de saúde. De modo a melhor compreender o reprocessamento dos dispositivos médicos foi-me possibilitada a visita ao serviço de esterilização central, que se revelou de grande importância, uma vez que tive a oportunidade de observar e questionar sobre os vários processos de esterilização dos dispositivos médicos.

De modo a dar resposta ao objetivo, importou fazer pesquisa bibliográfica sobre dispositivos médicos, classificação de Spaulding e métodos de reprocessamento dos dispositivos médicos e no fundo perceber como é preponderante para a melhoria da qualidade dos cuidados e para a segurança do doente o enfermeiro especialista ter um conhecimento aprofundado sobre esta problemática. É prática diária do seu trabalho proceder ao correto uso dos dispositivos médicos e depois proceder à sua triagem e orientação para o serviço de reprocessamento, bem como validar os passos corretos do seu reprocessamento, assegurando a segurança do seu uso numa próxima utilização.

O Centers for Disease Control and Prevention (CDC) emitiu um documento “*Guideline for disinfection and sterilization in Healthcare Facilities*” em 2008 que se demonstrou muito importante para este esclarecimento e para a aquisição de competências no que se refere aos conceitos do objetivo. Segundo o mesmo, na década de 70, Earle Spaulding desenvolveu uma classificação de risco de acordo com os dispositivos médicos usados nos cuidados de saúde aos doentes, relacionando-os com o risco de contaminação e a necessidade de um correto método de desinfeção e esterilização de acordo com as áreas anatómicas que estes penetravam, surgindo assim três categorias, os críticos, semicríticos e os não-críticos. Os não-críticos são todos os dispositivos que entram em contacto com a pele íntegra do doente, mas não toca ou penetra nas mucosas, devendo apenas ser limpos e desinfetados para reutilizar noutros doentes. Os semicríticos são todos os dispositivos que invadem as áreas mucosas do

doente ou locais de pele não íntegra, conferem um risco médio, e têm indicação para serem limpos e sofrerem uma desinfecção de alto-nível que adiante esclarecerei. Por último, os críticos são os dispositivos que invadem as áreas estéreis do doente, como sendo os tecidos, órgãos, espaços vasculares, classificados como dispositivos de alto risco de infeção, devendo ser sujeitos a um processo de lavagem, desinfecção e esterilização antes de serem reutilizados.

Segundo as *guidelines* do CDC (Rutala, *et al.* 2008, p.10) desinfecção de alto nível define-se tradicionalmente como a completa eliminação de todos os microrganismos dentro ou sobre os dispositivos médicos, exceto um pequeno número de bactérias esporocidas. Contudo, o Food and Drug Administration (FDA) ainda citado por Rutala, *et al.* (2008) refere que a desinfecção de alto nível consegue-se utilizando um esterilizante num tempo de contacto mais curto para matar uma apropriada quantidade de espécies de micobactérias. Confirma que a limpeza seguida de um processo de desinfecção de alto nível deve eliminar a quantidade suficiente de agentes patogénicos prevenindo a transmissão de infeções.

Contudo, o mesmo documento refere que será sempre preferível, sujeitar os dispositivos médicos a um processo de esterilização em vez de uma desinfecção de alto nível por ser mais segura para o doente, todavia é fundamental que o fabricante descreva que tipos de programas de esterilização o dispositivo médico pode ser sujeito.

No objetivo delineado importou trabalhar os dispositivos semicríticos, aplicar a metodologia já usada na instituição para os dispositivos não-críticos, onde contempla o tipo de limpeza e desinfecção recomendada pelo fabricante, e regular os tipos de dispositivos que se enquadram nesta classificação. Para isso, juntamente com a Enf.^a orientadora fomos aos serviços utilizadores consultar o tipo de dispositivos médicos usados e as suas fichas técnicas.

Desenvolver este trabalho demonstrou-se muito enriquecedor e gratificante para o meu processo de aprendizagem, pois permitiu-me conhecer um vasto tipo de dispositivos médicos que até então desconhecia o seu funcionamento e objetivo, permitiu-me perceber que é imprescindível para a segurança dos doentes que se cumpram todas as recomendações de reprocessamento adequado à classificação de Spaulding e do fornecedor como garantia de fiabilidade no seu uso, pois estes invadem a área mucosa, usados em procedimentos mais ou menos invasivos para o doente, e torna-se imprescindível o seu correto funcionamento.

Como resultado deste objetivo remeti para o **APÊNDICE I** a lista por mim desenvolvida com a colaboração da Enf.^a orientadora de dispositivos médicos na instituição onde constam os critérios de limpeza, desinfecção e esterilização de dispositivos médicos semicríticos de acordo com a classificação de Spaulding (RISCO MÉDIO), e por isso penso ter cumprido este objetivo.

Com a elaboração da mesma, consigo agora desenvolver esta metodologia no meu local de trabalho, identificando os dispositivos semicríticos, responder de forma fundamentada a dúvidas que surgem diariamente no manuseamento, reutilização e reprocessamento dos mesmos e até mesmo identificar dispositivos médicos que são sujeitos a processos de desinfecção de alto nível mas que perdem a sua total fiabilidade de uso, como é o caso das câmaras expansoras em uso na instituição onde laboro. Assim, foi minha preocupação consultar as recomendações dos fabricantes dos dispositivos médicos semicríticos do meu

local de trabalho, no que diz respeito às garantias de usos após reprocessamento, e constatei que a aplicação desta metodologia pode verdadeiramente trazer ganhos económicos para o serviço, uma vez que existem dispositivos médicos que são reprocessados 2 vezes e têm que ir para o lixo pois perdem a sua integridade funcional e em contrapartida identifiquei outros que têm o mesmo custo inicial, mas podem ser reprocessados 50 vezes, com a garantia do fabricante para ser reutilizado, traduzindo um ganho substancial na rentabilidade dos recursos disponíveis com a mesma garantia de segurança para os doentes. Esta perspetiva de gestão é também uma competência a desenvolver pelo enfermeiro especialista, e que foi minha preocupação atingir.

Como forma de justificar o desenvolvimento de competências nesta área e fundamentar este objetivo específico propus elaborar um questionário a aplicar no serviço de urgência de modo a avaliar o conhecimento desta classificação e a sua importância para a regulação dos dispositivos médicos usados nesse serviço, identificando de que forma os conhecimentos desenvolvidos neste local de estágio possam constituir-se uma área de formação no meu próximo local de estágio visando a melhoria da qualidade dos cuidados.

Ao longo da elaboração deste trabalho partilhei com os meus pares no local onde laboro particularidades específicas dos dispositivos médicos semicríticos que também fazem parte da nossa prática, refletindo e estimulando a reflexão conjunta acerca do contributo para a melhoria dos cuidados que prestamos. O presente local de estágio denotou-se muito positivo, para o meu processo de aprendizagem, proporcionando-me variadíssimas oportunidades de formação e de reflexão e consigo agora perceber o seu contributo na aquisição de competências comuns assim como específicas, próprias de um enfermeiro especialista na área da enfermagem médico-cirúrgica.

3.2- MÓDULO I- SERVIÇO DE URGÊNCIA

Este estágio teve início a 8 de Setembro de 2014 e termo a 1 de Novembro de 2014, com uma carga horária de 180 horas. O ensino clínico neste local de estágio visa a aquisição de competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, pois é uma competência específica deste profissional descrito na alínea c) do n.º 1 do artigo 4º do Regulamento n.º 124/2011 “Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.”

O Serviço de Urgência Geral (SUG) desta Unidade Hospitalar é classificado como uma urgência médico-cirúrgica, correspondendo ao segundo nível de acolhimento das situações de Urgência, o que significa que funciona 24 horas por dia, todos os dias do ano, como define a alínea d) do Despacho do Ministério da Saúde N.º 727/2007, de 15 de janeiro de 2007. Denote-se ainda que no período compreendido entre as 8h e as 20h dos dias úteis, o SUG dispõe do apoio de todas as especialidades médico-cirúrgicas (inclusive a especialidade de Otorrinolaringologia e Oftalmologia), com exceção da especialidade de neurocirurgia, de

cirurgia cardiotorácica e hematologia. Fora deste período, as pessoas doentes/ família são encaminhados para serviços de urgência dos hospitais centrais (Urgências classificadas como de Nível Um, de acordo com a classificação nacional acima referida), de modo a obterem a máxima qualidade de cuidados de saúde, a que têm direito.

Como refere Sheehy (2011, p.16) o serviço de urgência“(...) serve frequentemente de porta de entrada do doente no sistema de saúde”, e desse modo o SUG é constituído por uma ampla capacidade de atendimento a pessoas doentes e suas famílias, organizado de modo a proporcionar uma prestação de serviços de saúde adequados às prioridades identificadas no processo de triagem, após o processo de inscrição e admissão no serviço.

Para além das estruturas físicas o serviço materializa-se por uma equipa multiprofissional, constituído por uma equipa de médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, assistente social, técnicos de informação e apoio entre outros colaboradores que da sua articulação resulta um atendimento global em urgência-emergência. Integrado ainda no SUG encontra-se um gabinete com presença contínua de profissionais de polícia assegurada pela Polícia de Segurança Pública, que permite salvaguardar a ordem pública e assumir as principais diligências nos casos que justifiquem a sua intervenção.

A pessoa doente que recorre ao SUG inicia o seu processo de admissão, que é realizada por um técnico de informação e apoio, ficando a aguardar a chamada para a triagem, excepto as pessoas que vêm em situações de emergência acompanhadas por equipas de bombeiros e equipas de Emergência Médica e de Reanimação que entram directamente no serviço, via sala de reanimação, por necessitarem de cuidados de saúde imediatos.

Concordamos com Collière ao defender que a enfermagem assume como principal e único foco de atenção o bem-estar da pessoa em toda a sua dimensão bio-psico-sócio-transcultural sendo que *“a prática de enfermagem encontra a sua razão de ser na pessoa tratada. É o doente que é o referente, o ponto de partida e de chegada dos cuidados”* (Collière, 1999, p.151).

Assim, o acolhimento da pessoa doente é realizado pelo enfermeiro escalado na sala de Triagem (enfermeiro com formação específica em triagem), identificando o motivo (sintomas) que o trouxe à urgência (sumária avaliação inicial) e seguindo o fluxograma do sistema de triagem de Manchester, cujo objetivo visa identificar rapidamente clientes que necessitam de atendimento e de cuidados urgentes dada a situação crítica que compromete a sua vida, de modo a controlar e gerir prioridades relativamente às necessidades de cuidados de saúde. Este sistema de triagem contempla 5 níveis de prioridades, correspondendo a cada cor diferente, como sendo a cor VERMELHA, prioridade máxima; a cor LARANJA e a cor AMARELA que priorizam, respetivamente, a pessoa muito urgente e urgente. A cor VERDE o doente não urgente, e a cor AZUL que é atribuída à pessoa doente cuja situação não justifica a deslocação a um serviço de urgência (Sheehy, 2011).

Esta categorização de prioridades visa dar a cada pessoa doente o mesmo direito a cuidados de saúde, mas acima de tudo, o cuidado mais justo de acordo com a sua situação de doença que em suma visa dar resposta ao princípio da equidade em termos de cuidados de

saúde. A equidade no acesso aos cuidados de saúde é garantida pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) salvaguardada na alínea d) da Base XXIV (da Lei de Bases da Saúde), legislada na Lei nº 48/90, de 24 de agosto já alterada pela Lei nº 27/2002, de 8 de novembro. Assim reforço com a ideia de Deodato (2012, p.63) quando afirma que “(...) o SNS terá que encontrar formas de garantir o acesso para todos, independentemente da zona onde habitem ou das suas dificuldades económicas”.

Desse modo, permite encaminhar as pessoas doentes para o posto de atendimento mais adequado de acordo com sua situação e obter uma oferta de cuidados de saúde mais eficaz e organizada, permitindo aos enfermeiros implementar um processo de enfermagem mais estruturado e coerente, de acordo com as necessidades identificadas, tendo em vista a qualidade dos cuidados de enfermagem. Relativamente à qualidade dos cuidados de saúde Donabedian (2003) considera que estes advêm de dois fatores, o primeiro resulta das características dos intervenientes nos cuidados de saúde (tais como a ciência e a tecnologia disponível, os tipos de doenças e os tipos de tratamentos disponíveis, as características da população e dos próprios doentes) e um segundo fator que determina como estão aplicadas essas características na actual prática de prestação de cuidados.

Após o processo de triagem e de acordo com as prioridades identificadas, as pessoas doentes urgentes e emergentes eram dirigidos para a sala de atendimento “Amarelos e Laranjas” onde o seu atendimento era rápido com pequenos compassos de espera, excepto os que assumiam essa prioridade resultante de monotrauma, que eram encaminhados para a pequena cirurgia (que se encontra em funcionamento das 9h00 até à 1h00, no restante período são atendidas no espaço de atendimento anteriormente descrito) onde eram cuidadas e no caso de se identificarem luxações ou fraturas ósseas eram posteriormente encaminhados para a especialidade de ortopedia (gabinete ao lado) em que os cuidados de enfermagem eram realizados pelo enfermeiro distribuído na sala de Pequena Cirurgia. Importa ainda referir que no caso das grávidas, estas eram posteriormente enviadas para serem observadas na urgência de obstetrícia, que se situa no piso 1, no serviço de Obstetrícia.

Relativamente às pessoas doentes encaminhadas para a sala de espera “Amarelos e Laranjas” as que se encontravam em situação que necessitavam de uma maca ou cadeira de rodas, eram encaminhadas pelo enfermeiro da triagem até ao posto de estadia curta onde era transmitida a situação daquela pessoa ao outro enfermeiro que ali assegura o atendimento, promovendo a continuidade dos cuidados e após observação médica e de enfermagem a pessoa é imediatamente atendida em termos de cuidados de saúde e no controlo de sintomas, como por exemplo controlo da dor, da dispneia, de vómitos e posteriormente encaminhada para realizar os exames complementares de diagnóstico caso se justifique, como ecografia, tomografia computadorizada, radiografia, etc. Como estes exames são realizados fora da unidade funcional do serviço, este acompanhamento é realizado por um assistente operacional (mediante avaliação da pessoa doente pelo enfermeiro) e o seu familiar/ pessoa significativa, caso seja sua vontade.

Neste compasso, o enfermeiro do Posto de Estadia Curto que assegurou o cuidado a essa pessoa dirige-se ao enfermeiro que a vai receber posteriormente no Posto de Estadia Longa, e transmite as necessidades e os cuidados planeados e já realizados, promovendo mais uma vez a continuidade dos cuidados de enfermagem, sendo posteriormente neste posto que a pessoa doente quando chega de realizar os exames complementares de diagnóstico mantém a sua vigilância e a continuidade de cuidados, aguardando pelos resultados. De acordo com a situação concreta do seu estado de saúde é encaminhada para internamento, terá alta hospitalar, ou será transferida para Sala de Observação, no caso de agravamento do seu estado hemodinâmico que requeira uma monitorização mais eficaz e cuidados mais diferenciados, promovendo assim uma humanização no atendimento e na prestação de cuidados de enfermagem.

As pessoas triadas com a cor Verde e Azul são encaminhados para a sala de espera “Verdes e Azuis” onde o seu atendimento é mais demorado dada a grande afluência de pessoas ao serviço de urgência para serem atendidos, considerando que grande parte das situações não apresentam carácter urgente e não justificam um atendimento rápido pela situação de cronicidade dos sintomas que se arrastam já há algumas horas, dias ou semanas. Pela situação exposta ou descrita, o sistema de prioridades num serviço de urgência, assume-se como estruturante, pois como refere Sheehy (2011) no serviço de urgência é importante estabelecer prioridades como forma significativa de reduzir a mortalidade e a morbilidade.

Pertence também ao serviço de urgência desta unidade hospitalar a Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), integrada na Emergência Médica Pré-hospitalar, que permite um socorro mais rápido e especializado através do transporte célere de uma equipa de médica (constituída por um médico e um enfermeiro) ao local onde se encontra a pessoa doente, dispondo de equipamento de suporte avançado de vida que permite estabilizar a vítima/ pessoa doente antes da sua chegada ao hospital.

Segundo o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) *“o seu principal objetivo consiste na estabilização pré-hospitalar e no acompanhamento médico durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência”* (INEM, 2014, s/p).

Por ser da esfera de competências do enfermeiro especialista na área de especialização de enfermagem médico-cirúrgica demonstrar conhecimentos no atendimento emergente pré-hospitalar da pessoa em situação crítica foi solicitado um estágio de modo a desenvolver competências específicas no cuidar da pessoa doente em situação crítica em contextos não controlados integrando a equipa da VMER, considerando que seria uma mais-valia no meu processo de aprendizagem.

Desde o início do ensino clínico no serviço de urgência tentei integrar-me no serviço, mais concretamente na equipa de saúde, integrando a sua metodologia de trabalho e da própria instituição. O processo de integração visa igualmente adquirir competências de enfermeiro especialista, pois é sua competência **demonstrar capacidade de trabalho de forma adequada, na equipa multidisciplinar**, e para isso é imprescindível que este se sinta integrado, de modo a potenciar uma intervenção autónoma e especializada.

O facto de ter desenvolvido o primeiro estágio nesta instituição no Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos, permitiu-me conhecer de forma sumária o funcionamento orgânico-funcional da instituição de saúde e reconhecer os principais valores que regem a conduta dos seus colaboradores, já anteriormente referido.

O desenvolvimento de objetivos no processo de aprendizagem torna-se num importante ponto de partida para conseguir traçar um caminho sólido e orientador. Estes objetivos servem de guia orientador, permitindo perspetivar uma construção de aprendizagem através da estratificação de atividades que facilitam ultrapassar os obstáculos que muitas vezes comprometem a sua concretização.

Deste modo, na elaboração do meu projeto procurei encontrar um objetivo que servisse de suporte e de orientação para todo o período de estágio e que se revelasse facilitador na descrição do meu desenvolvimento de competências como enfermeiro especialista na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Assim, indo de encontro às competências gerais que o enfermeiro especialista deve deter para que assim seja reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros, e pela Sociedade em geral, descritas no Regulamento 122/2011 publicado em Diário da República a 18 de Fevereiro de 2011 estas subdividem-se em quatro domínios: “responsabilidade profissional, ética e legal”, “gestão da qualidade”, “gestão dos cuidados” e “desenvolvimento das aprendizagens profissionais”.

Nessa continuidade, assumi como **objetivo geral**: *“Desenvolver competências técnico-científicas, éticas e relacionais especializadas, no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica, no cuidar da pessoa doente em situação crítica e sua família/ acompanhante significativo, no Serviço de Urgência.”*

Assumindo este objetivo como basilar procurei desenvolver objetivos mais específicos, que me permitissem ir de encontro à concretização do mesmo, bem como direcioná-los para a área específica de especialização em enfermagem médico-cirúrgica. Deste modo, nos objetivos específicos adiante descritos procurei dar visibilidade ao desenvolvimento da responsabilidade profissional, ética e legal nos cuidados de enfermagem que prestei, assim como nas tarefas que deleguei e supervisionei de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros descritos no Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, tendo por base o cumprimento dos direitos da pessoa humana e as preferências do cliente suportados no cumprimento do Código Deontológico dos Enfermeiros legislado no artigo 78º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril (já republicado na Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro).

Relativamente à gestão da qualidade dos cuidados, procurei desenvolver um objetivo específico que fosse de encontro a esta competência, que me permitisse desempenhar um papel dinamizador no programa de melhoria da qualidade dos cuidados, nomeadamente ao nível do conhecimento dos enfermeiros do SUG, sobre os cuidados de enfermagem associados à técnica inalatória, e mobilizando conhecimentos de controlo de infeção associados a estes cuidados, (também ela competência específica do enfermeiro especialista

nesta área de especialização) visando a segurança da pessoa doente e sua família, promovendo um ambiente terapêutico e minimizando o risco clínico.

Relativamente à gestão dos cuidados foi minha preocupação envolver esta competência num objetivo específico imbuída na prestação de cuidados de enfermagem especializados, que vise otimizar uma resposta adequada de cuidados de saúde em tempo útil e de acordo com as prioridades estabelecidas, potenciando a complementaridade funcional na equipa multidisciplinar em prol das necessidades da pessoa doente e sua família e **demonstrando capacidade de reagir a situações imprevistas e complexas, adequando a gestão de recursos às situações existentes** com vista à qualidade dos cuidados de enfermagem.

Por último e não menos importante, procurei incluir nos meus objetivos específicos o desenvolvimento de competências especializadas no domínio das aprendizagens profissionais, demonstrando capacidade de autocontrolo e autoconhecimento, reconhecendo nas minhas limitações um objecto de melhoria ao nível da aprendizagem científica, tendo em vista uma postura responsável e facilitadora no estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa e sua família, (através do desenvolvimento de competências comunicacionais verbais e não-verbais), assim como com os restantes elementos da equipa multiprofissional e fundamentando a minha prática clínica na investigação e conhecimentos especializados, que sirvam de suporte à tomada de decisão, desenvolvendo a assertividade, gerindo adequadamente as emoções em ambiente sob pressão, como são exemplo as situações de emergência e urgência clínica.

Em todos os objetivos específicos foi minha preocupação direccionar a atenção dos cuidados de enfermagem prestados não só à pessoa doente em situação crítica mas também incluir no plano de cuidados a sua família (ou pessoa significativa) porque me identifico com Meleis (2010) quando defende que também eles acompanham a pessoa doente nestes processos de transição saúde/doença e que justificam a intervenção dos enfermeiros como elementos facilitadores da transição. Quero acrescentar ainda que quando me refiro à família baseio-me na definição de Vieira (2009, p.82-83) *“é o grupo natural onde se inserem os seres humanos e constitui-se por todas as pessoas significativas”* destacando-se *“(...) os que assumem a responsabilidade de cuidar dos mais dependentes (...) no desempenho dos papéis parentais, quer na prestação informal de cuidados.”*

Neste sentido deve ser preocupação constante do enfermeiro especialista atender e cuidar das famílias das pessoas doentes como é sua função descrita na alínea 1 e 3 do artigo 4º do REPE na medida em que também elas vivenciam sentimentos de angústia, medo e stress relacionado com a incerteza face à doença do seu familiar, que após uma avaliação inicial, se transpõem em diagnósticos de enfermagem válidos, devendo incluí-los no plano de cuidados da pessoa doente definindo intervenções de enfermagem que traduzam intencionalidade e ganhos em saúde.

Deste modo passo agora a enunciar o primeiro **objetivo específico**: *“Prestar cuidados de enfermagem com base em conhecimentos especializados no cuidar da pessoa doente em situação crítica, e sua família, que recorrem ao Serviço de Urgência Geral”*.

Atendendo à especificidade do estágio na aquisição de competências de enfermeiro especialista na área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica e visando neste contexto atender à prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa doente em situação crítica (e sua família) que carece de cuidados urgentes e emergentes foi-me concedida a possibilidade de realizar grande parte das horas de ensino clínico na Sala de Reanimação e na Sala de Observação, onde a minha orientadora prestava cuidados, o que se revelou de grande proveito para o meu processo de aprendizagem. Porém, estes cuidados especializados são também desenvolvidos nas outras valências existentes no SUG motivo pelo qual também me foi possibilitada aí a participação na prestação de cuidados de enfermagem, permitindo-me compreender melhor a organização e o circuito da pessoa doente em situação crítica no SUG, pois nada garante que depois de triada com uma classificação urgente ou muito urgente o seu nível de prioridade de atendimento e de cuidado não se altere.

Após me ser apresentada de forma pormenorizada toda a estrutura física do SUG, pela enfermeira Orientadora, consegui compreender toda a orgânica e funcionamento do mesmo, como estão divididas as suas valências e qual o circuito da pessoa doente que recorre a este serviço, até à alta/ transferência. Permitiu-me ainda conhecer a metodologia de trabalho utilizada (o método individual) e que se revelou facilitador do meu processo de integração na equipa multidisciplinar. O processo de integração é fundamental uma vez que a qualidade dos cuidados prestados num serviço de urgência assenta no conceito de equipa, pois “em nenhuma outra vertente dos cuidados de saúde são tão importantes o trabalho em equipa” (Sheehy 2011, p.5).

Benner (2001, p.177) reforça que “trabalhar em equipa é crucial (...) para prestar ao doente cuidados eficazes (...) as divergências de opinião são inevitáveis e necessárias para que o tratamento seja eficaz.” Imbuído neste fundamento, desenvolvi capacidades de integração na equipa multidisciplinar, que ao longo do tempo me permitiu **desenvolver cuidados de enfermagem especializados de forma mais autónoma, refletindo na e sobre a prática sistematicamente e com crítica**, com a enfermeira Orientadora, **mobilizando conhecimentos quer da minha formação profissional assim como da formação pós-graduada desenvolvida** ao longo do recente percurso académico tendo em vista a aquisição de competências de enfermeiro especialista e contribuindo para a contínua melhoria da qualidade dos cuidados.

Foi minha preocupação constante ao longo do processo de integração a consulta de protocolos já instituídos no serviço e que também eles servem de orientação e uniformização da prática de enfermagem, pois as intervenções dos enfermeiros estão clarificadas no n.º 1 do artigo 9.º do REPE como autónomas e interdependentes e realça o n.º 3 do mesmo artigo que as intervenções interdependentes são ações “(...) decorrentes de planos de ações

previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas”.

De modo a melhor compreender as necessidades da pessoa doente e sua família em contexto de urgência, procurei ao longo do percurso no momento de acolhimento (quer na sala de reanimação quer noutras valências de contacto de cuidado), recolher informação pertinente sobre a sua situação de doença, procurando durante e após o processo de estabilização hemodinâmica incluir a informação disponibilizada pela família/ pessoa significativa para melhor avaliar, planear e executar os cuidados de saúde a desenvolver pela equipa de saúde. Denotei que muitas vezes a pessoa quando se encontra em situação crítica não tem ou tem muita dificuldade em se expressar e dar informação que se torna relevante para compreender o contexto e a situação que está a vivenciar, para que se construa uma avaliação inicial o mais completa possível, permitindo mais eficazmente direccionar os cuidados com vista a prevenir, minimizar ou eliminar os problemas.

Isto permitiu-me identificar as necessidades da pessoa doente estabelecendo os diagnósticos de enfermagem e a realização dos planos de cuidados com as intervenções de enfermagem que dessem resposta aos problemas de enfermagem identificados, tendo em vista os resultados esperados com essas intervenções, para posteriormente proceder à execução dos mesmos (tendo em conta os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem definidos pela Ordem dos Enfermeiros em 2001), avaliando continuamente a sua eficácia e reformulando o plano de cuidados sempre que se justificasse, de acordo com a situação da pessoa doente em situação crítica, como contempla o artigo 5.º do REPE.

Indo de encontro ao que defende Sheehy (2011, p.4) relativamente aos cuidados de enfermagem prestados, em contexto de urgência, estes devem ser sistemáticos pois incluem “(...) o processo e o diagnóstico de enfermagem, bem como a tomada de decisão, reflexão e investigação, analíticas e científicas” e requerem amplos conhecimentos científicos, teóricos, éticos, associados a um conjunto imenso de capacidades de avaliação e priorização de necessidades, diagnóstico e intervenção de âmbito geral e especializado.

Foi também minha preocupação identificar e realizar pesquisa bibliográfica sobre os principais problemas de enfermagem que se identificam nas pessoas doentes em situação crítica que recorrem ao SUG, com destaque para a dor, a dispneia, a dor torácica, o estado de consciência comprometido, a queda, a ferida traumática, a ansiedade, a febre, a arritmia, o edema, a tentativa de suicídio e a não-adesão ao regime terapêutico.

Baseando a intervenção em Doengues & Moorhouse (2010) quando referem que os diagnósticos de enfermagem identificam as respostas humanas aos problemas de saúde reais ou potenciais da pessoa acrescentando que estes tendem a mudar ao longo da situação de adaptação ou não no processo de doença ou na resolução da mesma.

Esta estruturação de pensamento contribuiu para projetar uma adequada prioridade nos cuidados de enfermagem realizados, respeitando o direito ao cuidado da pessoa doente descrito no artigo 83º do Código Deontológico do Enfermeiro que refere ser dever do

enfermeiro descrito na alínea a) *“co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respectivo tratamento.”*

Por fim, procedi ao registo dos cuidados planeados e realizados, progressivamente de modo autónomo. Revelaram-se de extrema importância pois permitiram dar continuidade aos cuidados de enfermagem planeados, deixando transparecer o processo de tomada de decisão que implementei na elaboração do processo de enfermagem, seguindo a metodologia científica de enfermagem.

Segundo Deodato (2008, p.27) quando se refere aos atos profissionais (que resultam de um planeamento e execução das intervenções de enfermagem) estes *“(...) decorrem de um processo de tomada de decisão que o enfermeiro percorre, com base num raciocínio crítico fundamentado em premissas de natureza científica, técnica, ética, deontológica e jurídica.”*

Pude dar o meu contributo no processo de tomada de decisão, partilhando inicialmente com a enfermeira Orientadora o meu ponto de vista sobre várias situações, fundamentando e **demonstrando compreensão relativas às implicações da investigação na prática baseada na evidência** que no final do estágio consegui já partilhar também no seio da equipa multidisciplinar, **demonstrando um nível aprofundado de conhecimentos na minha área de especialização**, concordando contudo que o trabalho em equipa no serviço de urgência é fundamental, como foi já anteriormente descrito.

No processo de tomada de decisão importou também refletir no princípio da autonomia que detém cada classe profissional envolvida na prestação de cuidados, pois como contempla o n.º 3 do artigo 8º do REPE “os enfermeiros têm uma actuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional” e por isso não existe uma hierarquização na discussão e nas tomadas de decisão em cuidados de saúde, mas sim um complementar contributo das várias áreas do saber científico de modo a promover o melhor cuidado de saúde para aquela pessoa que se encontra vulnerável, numa situação de doença.

Em jeito de conclusão, devo ainda realçar que foi minha preocupação ao longo de todo o percurso **demonstrar conhecimentos, desenvolver capacidades, habilidades e competências especializadas** no cuidar da pessoa em situação crítica e sua família/ pessoa significativa, estabelecendo uma relação de ajuda, como defende Phaneuf (2005), promotora de um ambiente terapêutico favorável, promovendo a privacidade e o respeito pela dignidade da pessoa humana que se encontrava numa situação de grande vulnerabilidade, e agindo com intencionalidade de modo a potenciar o melhor cuidado e o cuidado mais justa a cada pessoa doente que cuidei **demonstrando responsabilidade e zelo**.

Como se pode constatar da reflexão elaborada posso ainda acrescentar que **demonstrei uma intervenção responsável, assente na reflexão ética, deontológica e jurídica, demonstrando capacidade de trabalhar em equipa**, percebendo a complexidade que representa em termos de responsabilidade profissional, e acima de tudo, respeitando a autonomia e a dignidade da pessoa doente em situação crítica, **reagindo em tempo útil prante situações imprevistas e complexas**, assegurando os melhores cuidados no âmbito da

área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica. Assim penso ter conseguido adquirir novas competências e habilidades de cuidar da pessoa em situação crítica na minha prática de cuidados no meu local de trabalho, onde muitas vezes também cuidamos de pessoas em situação crítica por agravamento do seu processo de doença.

O meu segundo objetivo específico vem enraizado ao anterior, mas visou mais especificamente aquisição de competências comunicacionais no âmbito relacional com a pessoa doente em situação crítica e sua família/ acompanhante significativo, e então defini: *“Desenvolver competências relacionais e comunicacionais no cuidar da pessoa doente em situação crítica e sua família, atendendo sempre à dignidade da pessoa humana.”*

O cuidar em enfermagem realiza-se sempre numa parceria de cuidado entre o enfermeiro e alguém alvo da sua intervenção, mas esta intervenção só poderá ser efetivada ou complementada por um laço de confiança mútua e após o estabelecimento de uma relação de ajuda. Esta relação deve ter em conta o respeito e autonomia do Outro, estabelece-se por uma grande componente comunicacional quer verbal e não-verbal.

Phaneuf (2005, p.15) considera a comunicação como *“(...) uma ferramenta de base para a restauração da relação de ajuda, modalidade importante de intervenção em cuidados de enfermagem”*. Nos contextos de urgência torna-se imprescindível adquirir competências relacionais e comunicacionais, isto porque em contexto da prática dos cuidados no serviço de urgência o stress é uma dimensão constante e tudo acontece tão rápido, que muitas vezes os profissionais estão rotinados a executar os cuidados em situação de urgência numa perspectiva de controlo hemodinâmico da pessoa doente, esquecem o seu “objeto” de atenção que é a pessoa doente, e não a doença da pessoa.

Foi minha atenção constante estabelecer uma relação de ajuda com as pessoas doentes que cuidei, adoptando uma postura responsável e empática, promotora de confiança e respeito que fosse de encontro às expectativas da pessoa doente, pois só respeitando e reconhecendo no Outro a sua autonomia, autodeterminação e liberdade de escolha se poderá desenvolver uma relação eficaz.

Denotei que quando a pessoa doente entra no serviço de urgência via sala de reanimação por se encontrar na situação de maior vulnerabilidade, muitas vezes nos limites da sua capacidade de resistência à doença que se instalou de forma mais ou menos súbita, a tendência dos profissionais de saúde é não atrasar o seu socorro e promover o seu atendimento o mais rápido possível.

Contudo, importa também referir que é importante acolher a pessoa, demonstrar disponibilidade e respeito por Si, tratá-la pelo nome quando nos dirigimos a ela, muitas vezes pedir a sua colaboração no cuidado e o seu assentimento nos cuidados que planeamos de acordo com o problema e diagnóstico de enfermagem identificado, revertendo sintomas até conseguir perceber-se o contexto e a situação de instauração do seu estado de doença, pois é um princípio orientador da atividade dos enfermeiros descrito no n.º3 do CDE “o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes”.

É neste processo comunicacional constante que podemos fortalecer o processo relacional de ajuda que seja promotor de ganhos em saúde, promovendo o bem-estar, a confiança e o ambiente terapêutico de cuidado, valorizando os cuidados e a própria profissão de enfermagem, e para isso é essencial que consigamos adaptar a nossa linguagem para adequar o vocabulário que utilizamos ao mesmo nível da pessoa que cuidamos e validar a sua compreensão, como nos relembra Phaneuf (2005).

Mas em contexto de urgência não existe apenas a pessoa doente em situação crítica, mas também os seus familiares ou pessoas significativas, pois a pessoa doente está inserida num contexto familiar, social e cultural, vivendo em comunidade com os demais, que importa também salvaguardar e atender, numa vertente de responsabilidade que o enfermeiro assume pela humanização dos cuidados de enfermagem consagrado no artigo 89º do CDE o dever de *“dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade”*.

Tendo em conta esta premissa torna-se importante no processo de cuidar incluir a família como também ela elemento importante na vida da pessoa doente. Em contexto de urgência, a família/ acompanhante significativo vivencia também sentimentos de *stress*, angústia, incerteza face ao desenrolar da situação, pois os sintomas que a pessoa em situação crítica apresenta, desenvolve na família sentimentos de impotência por nada poder fazer para lhe aliviar o sofrimento que esses sintomas transparecem e também ela “absorve” este tipo de medos e receios sobre como está e como vai ficar o seu familiar como descreve Mishel na Teoria da Incerteza por si desenvolvida (Tomey & Alligood, 2004).

Por isso foi também minha preocupação, logo após a estabilização hemodinâmica e sintomática da pessoa em situação crítica procurar a família, promovendo a escuta ativa e adequar a comunicação quer verbal e não-verbal demonstrar disponibilidade e respeito pelos seus sentimentos, procurar nestes momentos de contacto perceber melhor o contexto em que o processo de doença se desenvolveu, por exemplo no caso de uma pessoa que entrou na sala de reanimação com ingestão voluntária de líquido corrosivo, perceber o contexto que a levou a cometer este acto, saber das suas doenças anteriores, se tem história de outras tentativas de suicídio, e tudo isto permite também incluir a família no processo terapêutico de cuidar. Esta intervenção torna-se fundamental pois permitimos que também a família se sinta útil na melhoria do processo de doença do seu familiar, promovendo também a confiança na equipa de saúde.

Durante os momentos de prestação de cuidados na Sala de Observação (onde a maior parte das vezes ficavam as pessoas doentes que entravam no SUG via sala de reanimação) perguntar à pessoa se queria ter visitas da família e se queria que lhe fosse prestada informação sobre o seu estado de saúde, ao que a maioria das vezes a pessoa referiu “sim” e que também ela estava preocupada com os seus familiares que estão fora a sofrer e ansiosas por ele. Enquadrando as competências do enfermeiro especialista em **demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família, relacionando-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e**

pela sua cultura, fui muitas vezes fora da hora habitual da visita ter com os familiares, quando a organização do serviço o permitiu, partilhava esta tomada de decisão com a minha Orientadora e posteriormente com a equipa de saúde, acolhia-os e conduzia-os até junto da pessoa doente para os tranquilizar e aliviar a carga de *stress* que estes momentos acarretam e procedia, com o consentimento do doente à informação dos familiares no que respeita a cuidados de enfermagem e à situação do doente naquele momento, pois sabemos que a pessoa em situação crítica se encontra em situação de vulnerabilidade e inconstância do seu estado de saúde. Isto vai também de encontro ao que está definido no CDE relativamente ao *“Dever de Informar”* descrito na alínea a) do artigo 84º o enfermeiro deve *“informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem”*.

Outra dimensão igualmente importante foi o desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais com a equipa multidisciplinar, pois como já foi defendido anteriormente é de extrema importância o trabalho de equipa no serviço de urgência e para isso é também imprescindível que o enfermeiro, como seu elemento integrador, desenvolva habilidades comunicacionais e relacionais com os demais, pois Benner (2001) defende que quando a comunicação é eficiente entre os médicos e os enfermeiros o espírito colaborativo prevalece, aumentando a flexibilidade e é sempre a pessoa cuidada que beneficia.

Podemos concluir que o processo relacional e comunicacional é fundamental no estabelecimento de uma relação de ajuda e de cuidado com a pessoa doente que carece da intervenção de enfermagem, assim como se torna importante incluir a sua família no seu processo de saúde e muitas vezes até no seu plano terapêutico. Para isso é imprescindível que exista uma comunicação eficaz e uma relação de interajuda entre os vários elementos das equipas de saúde, pois só assim poderemos dar consistência e transpor a humanização aos cuidados que prestamos, atendendo sempre à dignidade e à autodeterminação da pessoa humana. O CDE reforça este pensamento quando legislou no artigo 78º no n.º 1 que *“as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”*.

O desenvolvimento deste objetivo revelou-se de extrema importância para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, pois o enfermeiro ao longo da sua vida está em constante interação com outros seres humanos e necessita de mobilizar constantemente conhecimentos e habilidades relacionais e comunicacionais de modo a prestar cuidados com elevados níveis de qualidade, potenciando o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa.

Propus-me também dar um contributo na melhoria da qualidade dos cuidados prestados, assumindo também como uma das competências específicas que o enfermeiro especialista se deve responsabilizar, e assim **defini como objetivo específico:** *“Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados sensibilizando os enfermeiros para a importância da correta realização da técnica inalatória com vista à optimização do seu efeito terapêutico na pessoa doente”*.

A génese deste objetivo teve em conta o anterior estágio desenvolvido no Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção de Infecções e Controlo dos Antimicrobianos,

onde desenvolvi um rastreamento dos dispositivos médicos semicríticos utilizados em toda a unidade hospitalar, percebendo onde são utilizados e quais os métodos de reprocessamento a que devem ser submetidos para poderem ser reutilizados.

Refletindo, constatei que muitos deles são usados na técnica inalatória, e por constatar na minha experiência profissional que existe pouca formação específica direccionada aos enfermeiros neste âmbito, decidi elaborar um breve questionário a aplicar aos enfermeiros do SUG para identificar o grau de conhecimento e formação quer na técnica inalatória quer em termos da classificação de Spaulding (tendo em conta os graus de risco de infeção que tais dispositivos médicos representam) bem como quais os cuidados que se devem ter com os dispositivos médicos semicríticos na utilização e manipulação após o uso, pois é competência do enfermeiro especialista **promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros**.

Antes do início do estágio no SUG realizei um pedido de autorização para poder ser aplicado os questionários aos enfermeiros do SUG (**APÊNDICE II**), que foi aceite, e iniciei a sua distribuição e recolha no início do estágio, tendo conseguido inquirir 30 enfermeiros num universo significativo de 53% dos enfermeiros que ali laboram, sendo que desta amostra apenas 10% eram especialistas. Quando questionados se tinham formação específica em Técnica Inalatória apenas 10% (3) responderam que sim, sendo que dois deles eram enfermeiros especialistas e um enfermeiro de cuidados gerais e todos tinham experiência profissional entre os 4-8anos.

Perante estes resultados encontrei uma importante área de intervenção como enfermeiro especialista, pois consta no seu leque de aquisição de competências **identificar necessidades formativas na sua área de especialização e tomar iniciativa e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na sua área de especialização**. Relativamente à classificação de Spaulding constatei que apenas 7% dos inquiridos (2) a conheciam, mas procurei ir um pouco mais além e elaborei uma questão de correspondência de tipos de dispositivos médicos com graus de risco (críticos, semicríticos e não críticos) e pude constatar que 83% dos inquiridos responderam corretamente, permitindo-me concluir que mesmo não conhecendo a nomenclatura da classificação, associam corretamente os tipos de riscos (que representam em termos de controlo de infeção hospitalar) com o tipo de dispositivos médicos de uso múltiplo.

Assim, no sentido de dar respostas concretas aos problemas identificados por outras questões aplicadas no questionário, decidi investir neste objetivo específico e como é competência do enfermeiro especialista **promover a formação em serviço**. Com o apoio do enfermeiro chefe do SUG organizei uma sessão de formação sobre a técnica inalatória, que visou contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados no SUG, relativamente à técnica inalatória específica no uso de inaladores pressurizados de dose controlada, abordando a especificidade quando usado em conjunto com uma câmara expansora e cuidados a ter em conta quando usada a inalação por nebulização num serviço de urgência e as suas implicações na Prevenção e Controlo da Infeção Hospitalar.

Para esta sessão de formação recorri a uma revisão da evidência científica em obras publicadas recentemente e em artigos indexados em bases de dados científicas, de modo a poder apresentar resultados válidos e atuais sobre este tema. Denotei que existe uma pequena quantidade de obras que abordam minuciosamente este tema, mas no global penso ter conseguido transpor na sessão apresentada, evidência científica pertinente e que fosse de encontro às questões abordadas no questionário aplicado, **tendo em conta várias perspetivas do problema**, que indexei em **APÊNDICE III**. A sessão de formação foi apresentada nos dias 27 e 30 de outubro, contou também com uma componente prática, com a duração total de uma hora, tendo contado com a presença de 15 enfermeiros, compreendendo que o serviço de urgência recebe pessoas ininterruptamente e tornou-se difícil aumentar a plateia, contudo consegui cativar 5 colegas que estavam de folga a virem propositadamente assistir, uma vez que o enfermeiro-chefe considerou que este tema se poderia enquadrar em formação em serviço, reforçando a aquisição de competências de enfermeiro especialista como **elemento que promove a formação em serviço na sua área de especialização**.

Todos os intervenientes preencheram um questionário de avaliação da formação que é aplicado nas sessões de formação em serviço na instituição (que não foi possível remeter em apêndice por imposição institucional). Contudo, da leitura dos dados da sessão, no que respeita ao formador e à pertinência dos conteúdos foram avaliados ao nível “elevado” e “muito elevado” e dois deles apontaram como pontos fortes da formação o domínio dos conteúdos pelo formador.

Estes aspetos reforçaram a minha motivação, por ter conseguido transparecer o empenho e a dedicação que tive neste processo formativo e evidenciar a aquisição das competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica que **visam a comunicação de aspetos complexos de âmbito académico e profissional a enfermeiros, produzindo um discurso fundamentado, incorporando resultados da investigação e outras evidências no âmbito da especialização, comunicando e discutindo resultados da prática e da investigação a audiências especializadas** (tendo em conta que alguns elementos que assistiram eram especialistas em outras áreas).

Dada a pertinência do tema e o baixo número de elementos que participaram na sessão de formação, decidi ainda elaborar um *poster* com informação que encontrei na bibliografia consultada e adaptei para a prática no serviço de urgência, que se encontra explanado no **APÊNDICE IV** e que se destina a afixar no serviço junto do material utilizado na Técnica Inalatória cujo tema visa “Intervalo e Sequência na Administração da Medicação” e que servirá de instrumento que **contribuirá no processo de integração de novos profissionais** e até mesmo em alturas em que surjam eventuais dúvidas ou esquecimentos acerca dos princípios da técnica inalatória, tendo em conta a contínua melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, sendo também esta assumidamente uma competência do enfermeiro especialista.

Já no final do estágio, e dada a pertinência do estudo realizado, desenvolvi ainda um documento sobre os cuidados a ter em conta na correta realização da técnica inalatória a

ensinar à pessoa doente que recorre ao SUG quando lhe é prescrito um medicamento por via inalatória (**APÊNDICE V**). Este documento vai integrar o modelo de preparação para a alta elaborado na instituição que visa o ensino ao cliente e cuidador no que respeita a cuidados de enfermagem no domicílio, tendo em vista a readaptação funcional após a alta, demonstrando competência em **realizar a gestão dos cuidados de enfermagem na área de especialização**. Neste caso, este documento promove uma correta administração da terapêutica inalatória por parte do cliente/ cuidador no domicílio, pois será aí que ele sentirá mais dificuldades, tendo em conta os principais passos sequenciais e os cuidados que deve ter, potenciando assim a adesão ao regime terapêutico, promovendo uma maximização do efeito da terapêutica inalatória e esta é uma intervenção dos enfermeiros descrita na alínea g) do número 4 do artigo 9º do REPE que estes “procedem ao ensino do utente sobre a administração e utilização de medicamentos ou tratamentos”.

Toda a minha atuação demonstrada anteriormente fundamenta-se no princípio orientador da atividade dos enfermeiros descrito no n.º 3 do artigo 78º do CDE que visa a excelência do exercício profissional em geral e adianta no artigo 88º, relativamente à excelência do exercício, o enfermeiro assume o dever de “manter a actualização contínua dos seus conhecimentos (...) sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”. Por tudo o que foi explanado considero ter atingido o objetivo descrito o que se revelou muito útil na aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista na área da enfermagem médico-cirúrgica.

No **último objetivo específico** pretendi: *“Desenvolver competências especializadas no cuidar emergente da pessoa doente em situação crítica, em ambiente não controlado, integrando a Equipa da Viatura Médica de Emergência e Reanimação”*.

Uma vez que faz parte integrante do SUG a equipa da viatura médica de emergência e reanimação, surgiu a oportunidade de propor dois dias nesta nova realidade de assistência de cuidados de saúde no pré-hospitalar. Segundo o *site* oficial do Instituto Nacional de Emergência Médica a VMER “é um veículo de intervenção pré-hospitalar destinado ao transporte rápido de uma equipa médica ao local onde se encontra o doente” material de Suporte Avançado de Vida e da sua equipa fazem parte um Enfermeiro e um Médico com formação intensiva de emergência (INEM, 2014, s/p).

Este contacto clínico com a realidade pré-hospitalar evidenciou-se de extrema importância para o meu desenvolvimento profissional, pois como laboro sempre em contexto hospitalar não tinha nenhum tipo de referência e de suporte em como prestar cuidados de enfermagem de extrema especificidade em ambientes não controlados quer em termos de segurança (pois estamos em ambientes que não nos são familiares) quer em termos de imprevisibilidade do que se encontra no terreno e como o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica deve deter competência no cuidar do doente crítico, sendo no local do acidente ou do incidente de doença súbita, onde a pessoa necessita de um cuidado mais rápido e específico, que vise a sua estabilização, por não se encontrar em condição hemodinâmica para ser transportado para uma unidade hospitalar. É nestes casos concretos

que esta unidade de emergência médica ganha relevo, pois permite deslocar ao local meios diferenciados de ajuda especializada.

Deste modo procedi à formalização do pedido de estágio ao INEM, que me foi concedido. No primeiro contacto neste local de ensino clínico foi-me explicado pelo enfermeiro da equipa da VMER como estava organizado o material, o tipo de material de acordo com os contextos de atuação, o que me permitiu estabelecer um paralelismo com as aulas lecionadas na disciplina de Enfermagem Médico-Cirúrgica I- Módulo II, em que desenvolvi conhecimentos de Suporte Avançado de Vida e tive contacto com grande parte do material utilizado, tornando-se facilitador da compreensão das situações em que este é utilizado no contexto de emergência pré-hospitalar.

No terreno, quando a equipa foi acionada, tive oportunidade de compreender a complexidade que é executar uma condução em marcha de urgência, tendo sempre presente a dualidade em chegar rápido ao local, de modo a não atrasar o atendimento da pessoa em situação crítica, mas também não comprometer a segurança da tripulação da VMER, e isso é também um processo de tomada de decisão constante do enfermeiro, a quem lhe é inculcada a responsabilidade da condução da VMER.

No local, tive a oportunidade de me deparar com pessoas vítimas de acidentes e/ou incidentes súbitos de doença, pude prestar cuidados de enfermagem mobilizando conhecimentos especializados a pessoas vítimas de trauma, pessoas em hipotermia grave, pessoas com dispneia, dor torácica e com alterações do estado de consciência, algumas vezes em paragem cardio-respiratória, e em que a intervenção da equipa de emergência médica pode fazer toda a diferença pois antecipa os cuidados de saúde mais diferenciados a que a pessoa só poderia ter acesso quando desse entrada numa unidade hospitalar.

Outro ponto importante que constatei foi a coordenação de trabalho por parte da equipa de emergência médica, agindo em articulação tendo em vista a discussão de qual o melhor cuidado e tratamento para aquela pessoa, face aquela situação concreta, mantendo uma comunicação eficaz, à organização e uma sequência de intervenções que se denotam importantes no trabalho em equipa atuando em complementaridade funcional ressaltando a dignidade e a autonomia de ambas as profissões no seu exercício profissional, como está firmado também no REPE, no n.º 3 do artigo 8º.

Importou ainda **refletir na e sobre a prática de cuidados de forma crítica**, seguindo o pensamento de Schön (2000, p.32) quando refere que a reflexão surge associada ao modo como se lida com os problemas da prática. É através da reflexão sobre a prática e das conversas reflexivas que existe um importante contributo para a tomada de decisões, imbuída na compreensão e troca de conhecimento e de experiências entre os vários profissionais. Assim, quando a equipa médica de reanimação chegava ao local e a vítima/pessoa em situação crítica se encontra em manobras de reanimação importava desde logo saber há quanto tempo a pessoa foi encontrada assim, há quanto tempo se encontra em manobras de reanimação que se traduz em informação importante para a tomada de decisão para suporte avançado de vida ou suspender manobras de reanimação, fundamentada na reflexão dos

intervenientes na prática dos cuidados e do melhor cuidado a proporcionar àquela vítima/ pessoa doente.

A tomada de decisão para suspender manobras tem por base um julgamento clínico realizado pelo médico da equipa, contudo o papel do enfermeiro não se esbate, mas desencadeia a outra parte do cuidar em enfermagem, que é a comunicação de más notícias à família/ acompanhante significativo, onde facilmente se compreende a vivência de sentimentos de raiva, cólera, impotência, descrença e angústia, sendo também função desta equipa, com grande enfoque nas competências da intervenção do enfermeiro prestar esse primeiro apoio à família, confortar e respeitar o silêncio que posteriormente perdura até se concluírem os trâmites legais, mas também respeitar e prestar cuidados pós-morte ao corpo da vítima, colaborando na sua mobilização para o local onde a família deseje (isto quando acontece na sua habitação e não se evidenciem indícios de crime). Esta conduta de atuação vai também de encontro ao que se encontra legislado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, na alínea c) do artigo 87º do CDE.

Com o desenvolvimento deste objetivo considero sentir-me mais **capacitado para reagir em situações imprevistas e complexas** (no âmbito da área de especialização) e permitiu-me também cimentar, mobilizar e transferir conhecimentos adquiridos em ambiente académico na prática de cuidados, tornando-se uma mais-valia para o meu processo de aprendizagem, por isso considero também ter conseguido atingir este objetivo específico.

O contexto do serviço de urgência assume uma enorme importância no desenvolvimento de competências especializadas na área da enfermagem médico-cirúrgica, pois permite o contacto com pessoas doentes em situação crítica e suas famílias, que carecem de cuidados de enfermagem específicos, e permite mobilizar e aprofundar conhecimentos adquiridos em contexto académico e objetivá-los na prática clínica.

Pelo que pude explanar e refletir ao longo deste trabalho posso considerar que evolui imenso enquanto profissional e pessoa, adquirei uma outra dimensão de compreensão dos cuidados de enfermagem especializados, tendo **por base o conhecimento na prática com base na evidência científica** assim como numa componente teórica própria da disciplina de enfermagem, imbuída nas teóricas de enfermagem como é o caso de Benner, Meleis, Mishel e Collière. Penso que só fundamentando a nossa intervenção e a nossa intenção de cuidar no saber próprio da enfermagem, se pode reforçar o conhecimento e a identidade desta disciplina.

Assim, e em jeito de conclusão considero ter **desenvolvido progressivamente uma conduta autónoma especializada**, tentando moldar-me à nova identidade através da consolidação das competências de enfermeiro especialista, e também penso ter dado um contributo importante para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados no SUG relativamente à técnica inalatória, o que me deixa com a sensação de dever cumprido, e acima de tudo, mais realizado profissionalmente por considerar que o meu crescimento profissional traduziu-se em ganhos para a saúde contribuindo positivamente em benefício das pessoas doentes e das suas famílias que são o início e o fim da fundamentação da disciplina de enfermagem.

3.3- MÓDULO II- CUIDADOS INTENSIVOS/ INTERMÉDIOS

O último período de estágio integra-se no âmbito de aquisição e consolidação de competências do enfermeiro especialista, sendo sua área de intervenção prestar cuidados especializados à pessoa em situação crítica, assim com à sua família e foi realizado no Serviço de Medicina Intensiva, no período de 3 de novembro a 19 de dezembro de 2014, com uma duração total de 180h.

O Serviço de Medicina Intensiva do HBA localiza-se no piso 1, acima do serviço de urgência e de imagiologia e ao lado de Bloco Operatório e da Unidade Cuidados Pós Anestésicos (UCPA), sendo destes serviços que recebe grande parte das pessoas doentes em situação crítica. Como descreve a Administração Central do Sistema de Saúde, IP (2013, p.2) *“os Serviços de Medicina Intensiva destinam-se à observação e tratamento de doentes em situação clínica crítica mas potencialmente reversível, carecendo de monitorização e apoio das funções vitais, onde são tratados em horário contínuo por pessoal médico e de enfermagem especializado.”* O Serviço de Medicina Intensiva é constituído pela unidade de cuidados intensivos polivalente e a unidade de cuidados intermédios.

Ao longo do estágio tive a oportunidade de realizar grande parte dos turnos na unidade de cuidados intensivos (UCI) onde se encontram as pessoas doentes em situação clínica mais crítica e que carecem de cuidados de enfermagem mais especializados. Sumariamente, esta comporta 10 áreas individuais de prestação de cuidados, 8 delas separadas com parede lateral e cortinado, que conferem uma área de privacidade à pessoa doente, e dois quartos de isolamento com pressão negativa com adufa, para casos de pessoas doentes com necessidade de isolamento respiratório, mas que comumente são ocupadas por rentabilização de recursos.

Todas as unidades de cuidados estão equipadas com recursos materiais e tecnológicos adequados à prestação de cuidados de saúde diferenciados e especializados, particularmente de monitorização e terapêutica contínua (seringas e bombas perfusoras, ventilador, rampas de oxigénio e de vácuo e material de apoio à prestação de cuidados de saúde. Ao centro da unidade encontra-se a sala de armazenamento e preparação de terapêutica, e outra área onde a equipa de saúde que ali labora procede à prescrição, consulta e registo dos cuidados informaticamente, onde também se encontra um posto de vigilância centralizado com monitorização contínua dos sinais vitais de todos os doentes da unidade. Contudo, realça-se que todas as unidades de cuidados estão capacitadas com um suporte informático “INOVIAN” que permite consultar e fazer registo dos cuidados junto à pessoa doente, que se revela de grande utilidade, facilitando o trabalho dos enfermeiros, minimiza não conformidades nos cuidados e nos registos de enfermagem, tendo-se a possibilidade de validar junto daquela pessoa doente toda a informação que lhe diz respeito em termos de cuidados de saúde.

A unidade de cuidados intermédios (UCIntermédios), onde também tive a oportunidade de realizar 4 dias de estágio comporta 12 unidades individualizadas de cuidados, 6 delas com possibilidade de isolamento fechado (dois deles com adufa), também eles equipados com recursos materiais e humanos com vista a assegurar uma monitorização contínua, quando a situação da pessoa em situação crítica não necessita de cuidados intensivos. A equipa de enfermagem deste serviço de medicina intensiva é distribuída aleatoriamente quer para a unidade de cuidados intensivos quer para a unidade de cuidados intermédios, sendo que o rácio enfermeiro/ pessoa doente na UCI é de 1:2 e na UCIntermédios é de 1:3.

Após uma breve caracterização do local de estágio apresento o objetivo geral e os objetivos específicos que me permitiram desenvolver as competências de enfermeiro especialista na área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica no cuidar da pessoa em situação crítica com necessidade de cuidados intensivos e intermédios.

No seguimento do percurso dos estágios anteriores, desenvolvi um **objetivo geral**:

“Desenvolver competências técnico-científicas, éticas e relacionais especializadas, no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica, no cuidar da pessoa doente em situação crítica e da sua família/ pessoa significativa, com necessidade de Cuidados Intensivos/ Intermédios.”

Neste objetivo perspetivei a aquisição de competências específicas que o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica deve deter no cuidar especializado da pessoa em situação crítica, e da sua família quando necessita de cuidados intensivos/intermédios.

A pessoa em situação crítica, quando internada na unidade de cuidados intensivos, exige dos enfermeiros um desenvolvimento imediato de competências técnicas e científicas que lhe permita prestar cuidados de enfermagem de forma sistémica e sistemática, dada a falência ou eminência de falência multiorgânica. A complexa tecnologia que caracteriza a UCI e que permite dar resposta à substituição ou manutenção das funções vitais da pessoa em situação crítica comporta uma complexidade de conhecimentos que se exige do enfermeiro deter, uma vez que a sua capacidade de avaliar, prever e resolver em tempo útil os problemas é determinante para assegurar a sua estabilidade hemodinâmica. O reconhecimento destas necessidades de competência adveio da minha formação inicial em Enfermagem, do contributo da minha experiência profissional mas também do processo de formação pós-graduado.

Ao enfermeiro especialista, para além deste complexo e exigente conjunto de competências exige-se ainda que detenha competências técnicas e científicas especializadas, alicerçadas em conhecimentos científicos, incorporando na prática resultados de investigação válidos, na sua área de especialização, realce e fomenta a prática baseada na evidência, mas também seja detentor de competências relacionais e éticas, no sentido de aplicar técnicas comunicacionais na sua prática e discutir problemas complexos com importante fundamentação científica e ética, consciencializando como bem agir.

Uma vez que realizei os dois estágios anteriores neste hospital, o processo de integração no serviço e na equipa multidisciplinar foi rápido e facilitado por anteriormente já ter transferido pessoas doentes em situação crítica do serviço de urgência para a UCI e para a UCIntermédios e desta articulação de cuidados permitiu ter já algum conhecimento das

estruturas físicas e orgânico-funcionais do serviço. Com vista à progressiva autonomia no desenvolvimento de cuidados especializados à pessoa doente em situação crítica em ambiente de cuidados intensivos foi importante também conhecer as normas e protocolos instituídos no serviço, que são documentos que resultam de consensos e formalizam uma orientação ou prescrição, salientando que as normas “tornam-se um meio regulador, económico e integrador” revelando-se de extrema importância para a prática (Veiga *et al.* 2011, p.14).

Também a aquisição destas competências comuns do enfermeiro especialista, descritas neste objetivo geral, são importantes desenvolver em ambiente clínico de cuidados intensivos, permitindo um desenvolvimento e aquisição de competências específicas no cuidar da pessoa em situação crítica em que a sua vulnerabilidade e risco de vida é incontornável, e que importa salvaguardar, com vista à sua substituição e estabilização das funções vitais, prevenindo e minimizando complicações com vista à sua total recuperação.

De forma a manter de forma contínua e autónoma o meu processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional tive necessidade de elaborar dois objetivos específicos que contribuíssem para evidenciar as premissas a atingir no objetivo geral e possibilitassem descrever as competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, como é objetivo deste trabalho. Assim delinee o **primeiro objetivo específico**: *Prestar cuidados de enfermagem com base em conhecimentos especializados no cuidar da pessoa doente em situação crítica, e sua família, com necessidade de cuidados intensivos/ intermédios.*

Consciente de que a abordagem à pessoa em situação crítica que carece de cuidados intensivos deve ser global, os cuidados de enfermagem especializados consideram-se “altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato” que exigem observação, colheita e procura de dados contínua, de forma sistémica e sistemática, de modo a conhecer continuamente a situação da pessoa doente alvo dos cuidados, prevendo e detectando complicações, através de uma resposta precisa, concreta eficiente e em tempo útil, tendo em conta os mais elevados padrões de qualidade dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Confesso que no início deste estágio a vontade de conhecer e dominar estas competências foi uma meta a atingir, mas que se revelou sinuoso, uma vez que o contexto de trabalho numa unidade de cuidados intensivos não me era familiar pelo que exigiu um maior esforço da minha parte.

Primando pelo contínuo desenvolvimento de uma prática especializada foi importante a realização de uma *check-list* no início do turno e antes da realização de qualquer intervenção de enfermagem. Esta tem por objetivo a identificação e o despiste de algum tipo de não conformidade, entre o que é pretendido/ prescrito, e o que efetivamente se encontra em curso (terapêutica e outros cuidados), ou qual a modalidade ventilatória efetuada pelo doente, neste sentido, considero pertinente a realização da mesma até porque permite uma visualização global e específica face à pessoa doente em situação crítica, considerando que a monitorização é invasiva e o suporte de fármacos inotrópicos é considerável, tornando-se

imprescindível o conhecimento prévio de todas as vias endovenosas de administração de terapêutica centrais e periféricas, assim como validar o que perfunde em cada uma delas, de modo a despistar incompatibilidades medicamentosas. Esta necessidade assume maior relevância se por algum motivo numa situação de urgência existe a necessidade de administração de fármacos específicos, sendo fundamental o conhecimento da via disponível a utilizar, para a administração do mesmo, uma vez que neste contexto é premente deter um conhecimento total da pessoa doente que se encontra ao nosso cuidado, demonstrando assim consciência crítica para os problemas da prática profissional.

Outro aspeto igualmente relevante e da qual faz parte a *check-list* é a otimização dos parâmetros da monitorização invasiva para cada pessoa doente em situação crítica e a regulação do volume de todos os alarmes, reconhecendo a função destes em alertar para a possibilidade de possível alteração hemodinâmica e nesse sentido permitir antever e atuar precocemente sobre o fator que desencadeou o alarme, demonstrando capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, o que vai de encontro ao mencionado por Capitão & Pires (2009) ao referirem que a monitorização invasiva permite antecipar a deterioração do estado hemodinâmico e avaliar a eficácia aos tratamentos adequados, revelando-se esta como uma ajuda inquestionável na elaboração de diagnósticos de enfermagem.

Contudo, ainda referente à monitorização hemodinâmica, tive que desenvolver e adquirir competências técnico-científicas no sentido de saber compreender e interpretar os valores daí extraído, de modo a adequar o agir mediante a informação obtida, pois atualmente esta permite-nos detetar e analisar uma variedade de sinais fisiológicos através das diferentes técnicas de monitorização invasivas (o sistema PICCO e pelo cateter na artéria pulmonar comumente referenciado como catéter de Swan-Ganz) e não invasiva (Ecocardiografia transtorácica) que importou proceder a consulta bibliográfica e discussão com a enfermeira orientadora, dada a minha não familiaridade com as mesmas, mantendo assim de uma forma contínua e autónomo o meu processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional, considerando que foi uma mais-valia esta partilha e o conhecimento desenvolvido.

Mediante a avaliação global e a monitorização contínua que a pessoa doente em situação crítica apresentava, elaborava o plano de cuidados, atendendo à estabilidade hemodinâmica da mesma, procurando adequar os cuidados de modo a definir estratégias de promover períodos de repouso, uma vez que em contexto de UCI os fatores desencadeantes de *stress* são variados, pelo que a regulação do som dos alarmes, a diminuição das luzes tornam-se ações a realizar, com importante contributo na prevenção do *delirium* da pessoa em situação crítica.

Os doentes em situação crítica encontram-se em maior risco de desenvolver *delirium*, tendo sido mesmo considerada como uma das complicações mais comuns em UCI, como considera Olson (2012). O autor realça que os enfermeiros são considerados os principais agentes na implementação de medidas que permitam a redução do mesmo, otimizando o ambiente, promovendo a alternância do estado de sono/ vigília, reduzindo o ruído e a as interrupções do sono no período da noite. Esta preocupação e intencionalidade na planificação

dos cuidados desenvolvidos, permitiu-me **demonstrar um nível aprofundado de conhecimentos na área de especialização.**

Como já mencionado a pessoa doente em situação crítica por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais, a ventilação mecânica invasiva assume-se como uma opção terapêutica a instituir na pessoa em situação crítica no controlo de sintomas graves. Neste sentido tive aos meus cuidados pessoas sob ventilação mecânica invasiva, em que a minha atuação primou pelo reconhecimento de funcionamento dos ventiladores, integrando o conhecimento das modalidades ventilatórias que estes disponibilizam, mas mais importante foi interpretar a resposta da pessoa à modalidade em curso, agindo em complementaridade funcional na otimização de parametrização da mesma em prol da estabilidade hemodinâmica, conforto e bem-estar da pessoa doente.

Neste seguimento foi minha preocupação avaliar, planejar e executar cuidados de enfermagem firmados em conhecimentos especializados na prevenção e controlo de infeção, em técnicas de otimização ventilatórias através de posicionamento, aspiração de secreções. Quando o estado de consciência da pessoa em situação crítica melhorava importei-me em estabelecer uma comunicação eficaz, com o objetivo de tranquilizar a pessoa, reconhecer a sua autonomia e vontade de modo a satisfazer os seus pedidos e necessidades, incentivando a tossir e a realizar ciclos respiratórios mais profundos com vista a melhorar a expansão pulmonar e promover o processo de ventilação espontânea para posterior extubação orotraqueal, com a finalidade de minimização de problemas e prevenção de complicações.

Neste processo a comunicação assume uma grande relevância, uma vez que existem barreiras múltiplas barreiras à comunicação, exigindo do **enfermeiro o desenvolvimento e aprofundamento de técnicas de comunicação no relacionamento com o mesmo.** Mobilizando os conhecimentos desenvolvidos da componente teórica do curso de mestrado e especialização na área de enfermagem médico-cirúrgica e sentindo esta dificuldade na prática de cuidados discuti com a enfermeira orientadora que seria uma importante área de melhoria a implementar no cuidar de enfermagem da pessoa em situação crítica, desenvolvendo estratégias especializadas facilitadoras da comunicação, como por exemplo, o recurso a imagens guiadas, sendo estas necessidades comuns e expressas pela pessoa doente (sede, dor, data e hora, local) verificando-se igualmente uma mais-valia na comunicação da família com o mesmo, o que facilita o entendimento entre ambos, reduzindo deste modo o nível de *stress*. Desta situação considero ter **revelado iniciativa e criatividade na interpretação e resolução de problemas na área de especialização**, que se esta área de intervenção for desenvolvida pode revelar-se num importante contributo na melhoria da qualidade dos cuidados a prestar à pessoa em situação crítica e sua família.

Outra área de intervenção que importou desenvolver conhecimentos e competências foi na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa doente com necessidade de técnicas de substituição renal, uma vez que evidenciam anúria ou oligoanúria, sendo um diagnóstico de enfermagem frequente das pessoas doentes em situação crítica que carece de cuidados intensivos, desenvolvendo-se em contexto de falência multiorgânica. A

minha atuação visou o reconhecimento da necessidade do recurso a técnicas de substituição renal, através da compreensão global do estado do doente e seus valores analíticos subsequentes. De referir a importância do desenvolvimento de competências técnicas e científicas na implementação desta técnica com vista à homeostasia e equilíbrio hidroeletrólítico.

A pessoa em situação crítica requer ainda necessidades nutricionais específicas, dado o aumento do seu metabolismo e a necessidade de manutenção do seu sistema digestivo com vista à prevenção de complicações. Neste sentido foram mobilizados conhecimentos especializados que permitiram colaborar na implementação da dieta mais adequada à situação clínica da pessoa doente, monitorizando a tolerância da mesma, assim como, otimizar os dispositivos médicos e a posição corporal da pessoa, que promovesse o esvaziamento gástrico, prevenisse complicações como o vômito ou regurgitação, monitorizando as fezes, registando as suas alterações e agindo em complementaridade funcional na alteração do tipo de dieta.

A prestação de cuidados especializados revela-se assim complexa, com necessidade de conhecimentos e competências específicas que importa desenvolver na prática com vista à capacidade de identificar as necessidades e desenvolver recursos que se tornam preponderantes na constante tomada de decisão com que se é confrontado.

Considero que os conhecimentos cimentados no módulo de controlo de infeção hospitalar se revelaram importantes, uma vez que a pessoa em situação crítica é “invasa” por múltiplos dispositivos médicos que penetram em áreas nobres e estéreis, e a infeção associada aos cuidados de saúde é um problema maior e acarreta um grande esforço por parte de toda a equipa na sua prevenção, mas principalmente ao enfermeiro por ser o profissional de saúde que passa maior período de tempo junto ao doente e se responsabiliza pela segurança e qualidade dos cuidados que lhe são prestados. Referencio Dias (2010, p.47) que realça que “o impacto da IACS é particularmente relevante na unidade de cuidados intensivos face à crescente tecnologia médica invasiva, população de doentes imunodeprimidos e resistência aos antimicrobianos”, em que a prevenção das IACS se torna um imperativo no âmbito da contínua melhoria da segurança e qualidade dos cuidados de saúde.

No sentido da continuidade, da qualidade e segurança dos cuidados, preocupei-me em efectuar os registos dos cuidados avaliados, planeados e realizados de uma forma concisa e objetiva, transmitindo aos colegas a informação proveniente da pessoa em situação crítica de uma **forma pessoal e fundamentada, tendo em consideração as diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde** que experienciam.

Ao longo deste período de estágio mobilizei todos os conhecimentos, habilidades e competências adquiridas, permitindo-me assumir a globalidade dos mesmos às pessoas doentes em situação crítica e suas famílias de forma progressiva e autónoma, **zelando pelos cuidados prestados** na minha área de especialização.

Dada a situação crítica da pessoa doente surge muitas vezes a necessidade de efetuar a sua transferência para outros serviços de modo a melhorar a sua assistência com cuidados

de saúde mais especializados, por exemplo, ou para realizar exames complementares de diagnóstico que é o mais comum. Neste sentido o seu transporte deve ser devidamente acautelado tendo em consideração o risco/ benefício, atendendo à instabilidade hemodinâmica da mesma. O processo de transporte da pessoa em situação crítica envolve o seu planeamento, decisão e efetivação. Como nos refere Deodato (2014, p.20) a decisão para o cuidado origina uma ação em que ambas constituem “objeto de responsabilidade do enfermeiro”. Contudo a decisão de transporte é um ato médico, porém a efectivação é uma ação concretizada pela equipa médica e de enfermagem, tendo em consideração os seguintes aspetos: comunicação, a estabilidade, equipa, equipamento, transporte e documentação, devendo ainda ser prevenido a ocorrência de possíveis intercorrências e salvaguardas as mesmas (Rua *et al.*, 2008).

Do enfermeiro espera-se uma correta mobilização de conhecimentos e competências ético-deontológicas e jurídicas, que reconheçam a tomada de decisão como a mais benéfica para o doente, sendo este o profissional que mais tempo passa junto da pessoa doente e que reconhece as suas reais e potenciais necessidades. Assim deve adoptar uma relação e comunicação eficaz com o médico, acordando o melhor momento para se proceder ao transporte, permitindo ao enfermeiro preparar e mobilizar os recursos materiais, técnicos, humanos e assegurar-se que estão reunidas todas as condições necessárias à realização do mesmo, de modo a garantir ao longo de todo o processo de transporte a disponibilização de recursos para uma correta intervenção se ocorrerem alterações que comprometam a manutenção das funções vitais da pessoa em situação crítica, zelando pelos cuidados prestados na sua área de especialização.

Ao longo deste período tive a oportunidade de realizar uma vez este processo de transporte de uma pessoa doente em situação crítica, mas que a sua situação hemodinâmica se encontrava estabilizada, para ir realizar uma Tomografia Computorizada. Desta situação específica consegui perceber e participar na mobilização de meios e recursos, para a sua efectivação, refleti sobre as premissas anteriores identificadas da tomada de decisão e a importância de uma relação e comunicação eficaz, agindo em complementaridade funcional e o reconhecimento de igual nível de dignidade e autonomia do exercício profissional do enfermeiro como alude o n.º 3 do Artigo 8º do REPE, em prol do bem comum (melhor cuidados à pessoa doente) no processo de transporte da pessoa doente em situação crítica. Ao longo do transporte refleti o quão é importante ter todo este processo planeado e poder munir-me dos recursos necessários para em qualquer momento atuar em prol das necessidades evidenciadas pela pessoa doente que se encontra numa situação vulnerável e dependente da nossa responsável intervenção do exercício profissional.

Importou ainda no desenvolvimento deste objetivo desenvolver competências relacionais e éticas. É reconhecido que a pessoa em situação crítica se encontra num momento de grande vulnerabilidade, em que a maior parte das vezes a sua autonomia está comprometida pela impossibilidade de se exprimir, impossibilitando o seu assentimento nos cuidados planeados. Na sua actividade profissional o enfermeiro assume como princípio o

“respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes”, como descreve a alínea b) do n.º 3 do Artigo 78º do seu código deontológico. Com base no cumprimento da sua autonomia importa consultar a plataforma legal de testamento vital em que estão firmadas as directivas antecipadas da vontade da pessoa em termos de cuidados de saúde, como legisla a Lei nº 25/2012, de 16 de julho e pela Portaria n.º 96/2014 de 5 de maio. Contudo compete ao enfermeiro procurar a família (rede social esta onde a pessoa doente está inserida) que importou acolher e avaliar a pessoa mais significativa do doente, proceder a um contínuo processo de colheita de dados sobre a pessoa doente, envolver a família no processo de cuidar do doente, com vista ao alívio do stress e à necessidade de se sentir útil na recuperação do seu familiar.

Esta intencionalidade de cuidar permitiu-me identificar os tipos de transição da família assim como da pessoa em situação crítica, desenvolvendo intervenções de enfermagem que foram de encontro às suas necessidades, promovendo o desempenho de novos papéis e informando e ensinando-as a mobilizarem recursos para potenciar processos transaccionais saudáveis, como considera Meleis (2010) revelando-se promotor da humanização do cuidar, contribuindo no desenvolvimento de um ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa doente em situação crítica e da sua família.

Da importância que ao longo deste estágio assumi em incluir a família no processo de cuidar da pessoa doente em situação crítica defini outro objetivo específico, que visou aquisição de competências técnico-científicas identificando as melhores evidências, **promovendo o processo de investigação em serviço**, em como o enfermeiro no seio da sua intervenção, deverá atuar no controlo do *stress* da família da pessoa em situação crítica que carece de cuidados intensivos, evidenciando este contributo na melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem como foi minha preocupação transversal em todo o período de estágio. Assim delinee **o segundo objetivo específico**: *Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à família da pessoa doente em situação crítica através da sensibilização da equipa de enfermagem para a importância do controlo do stress da família como estratégia promotora de um processo de transição saudável.*

Refletindo na e sobre a prática de cuidados encontrei uma área que importou desenvolver, pois vivencio-a diariamente na minha prática profissional e constatei também no estágio anterior, que os familiares experienciam altos níveis de *stress*, que é importante gerir e controlá-lo como estratégia de apoio no seu processo transaccional. **Demonstrando consciência crítica nos problemas da prática** e para melhor compreender o tema a estudar optei por desenvolver uma revisão integrativa da literatura, cujo objetivo visou identificar na literatura dos últimos 5 anos as intervenções de enfermagem no controlo do stress da família da pessoa em situação crítica, e que se encontra descrita no segundo capítulo deste trabalho.

Dos resultados obtidos **pude incorporar resultados relevantes e válidos do processo de investigação** na planificação e desenvolvimento dos cuidados de enfermagem especializados, **demonstrando uma metodologia de trabalho eficaz** na assistência da família da pessoa doente em situação crítica.

Da discussão com a enfermeira orientadora considerámos que este tipo de abordagem às necessidades da família era importante na melhoria da prática de cuidados nesse local de estágio (**encontrando necessidades formativas específicas da área de especialização**).

Considerando que o melhor método de evidenciar o contributo dos resultados para a melhoria dos cuidados à família dos doentes assistidos nesta unidade de Medicina Intensiva seria uma sessão de formação em serviço, visto nos estágios anteriores já ter percebido que esta seria uma estratégia válida para melhor transmitir os resultados encontrados, **promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros** elaborei um email (com um *slide*) com o objetivo da formação, a data, hora, localização, palestrante e importância da participação, que foi enviado para todos os correios electrónicos pessoais e profissionais dos enfermeiros do serviço, apelando à sua participação, promovendo assim **formação em serviço na área de especialização**. Com esta estratégia consegui mobilizar alguns colegas que no dia 17 e 19 de Dezembro foram assistir à formação, alguns deles tinham saído do turno anterior, e pelo interesse no tema aguardaram, conseguindo reunir 14 elementos, os conteúdos abordados encontram-se exposta no **APÊNDICE VI**.

Tendo sido considerada um processo de formação em serviço os colegas fizeram a sua avaliação da formação no documento padronizado na instituição, não me tendo sido permitido trazer esses documentos para trabalhar estatisticamente os resultados, contudo da consulta que tive oportunidade de fazer aos mesmos, consideraram pertinente e oportuno o tema abordado, destacando com uma avaliação de 5 (escala de 0-5) a exposição e a estrutura da apresentação, a capacidade de comunicação do formador num nível 4 e 5, o que me leva a considerar ter **desenvolvido capacidade produzir um discurso pessoal fundamentado, comunicando aspetos complexos de âmbito profissional e académico**.

Dada a pertinência do tema abordado propus-me em ir apresentar os resultados deste processo de investigação no 3º Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, organizada pelo Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Ordem dos Enfermeiros, tendo sido reconhecida pelo conselho científico como uma das quatro melhores apresentações do congresso, o que me permite concluir que atingi a competência de **ter capacidade de comunicar os resultados da investigação aplicada a audiências especializadas**, expondo em **ANEXO III** o comprovativo da presença e em **ANEXO IV** a distinção da apresentação da Comunicação Livre cujo tema visou “Intervenções de enfermagem no controlo do *stress* da família da pessoa doente em situação crítica”.

Findo este módulo reconhecendo as competências específicas adquiridas de enfermeiro especialista na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, resultantes de um notável esforço de pesquisa bibliográfica, investigação e reflexão na ação ao longo da experiência na prática de cuidados à pessoa em situação crítica, e sua família, que necessitam de cuidados intensivos/ intermédios. Considero assim assumir-me mais proficiente nesta área de intervenção especializada, com importante contributo na melhoria e na qualidade dos cuidados prestados.

4. CONCLUSÃO

Percorrer todo este processo formativo teórico e prático revelou-se uma experiência enriquecedora importante na minha maturidade profissional e pessoal, tendo-me ajudado a procurar e encontrar respostas válidas aos problemas com os quais comumente me confronto, na complexa prática diária de cuidados de enfermagem, em diferentes contextos profissionais.

Denoto que ter ingressado neste curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica promoveu-me um maior interesse na investigação em enfermagem, na reflexão do meu agir e na fundamentação das constantes premissas a considerar nas tomadas de decisão, consciencializando-me das responsabilidades que suportam a *práxis* profissional de Enfermagem. Assim, devo referir que progressivamente me assumi como um enfermeiro mais atento, esclarecido, responsável, seguro e proficiente quer comigo quer com as pessoas doentes/ clientes com quem diariamente assumo um compromisso de cuidado, pois o percurso percorrido fez-me crescer e uniformizar a minha forma de pensar enfermagem, mobilizando conhecimentos válidos na fundamentação ético-deontológica, científica e relacional para o meu agir profissional que me permite assumir uma nova identidade profissional, referenciada também no seio da equipa de saúde que integro.

Considero que ter já oito anos de experiência profissional permitiu-me encontrar nas unidades curriculares de fundamentação teórica respostas que consegui mobilizar para momentos experienciados na prática profissional, permitindo-me ir de novo à ação através de um processo reflexivo. Este processo facilitou-me a consolidação dos conhecimentos e o desenvolvimento de habilidade e competências que seguramente em muitos momentos teriam moldado a minha forma de agir, ou por outro lado, teriam fundamentado e consciencializado o processo de tomada de decisão, consciente de que a melhor decisão cabe no conceito de decidir naquilo que é o melhor de acordo com os conhecimentos, habilidades e competências que se detêm no momento, tendo em conta a informação disponível.

Contudo considero que o desenvolvimento profissional é um percurso diário, longo e sem fim, cabendo a cada um definir metas e ultrapassar obstáculos conscientes de que o benefício não será apenas pessoal mas em prol de um Outro, com quem o enfermeiro interage e estabelece uma relação de cuidado e ajuda, responsabilizando-se pelos atos que pratica e delega, firmado no compromisso ético-jurídico que assume perante um Outro, a sociedade e a própria classe profissional.

A realização da revisão integrativa da literatura marcou um importante contributo na prestação de cuidados de enfermagem especializados à família da pessoa em situação crítica, que é descrita por ser muitas vezes negligenciada porque os cuidados se intensificam mais na

pessoa em situação crítica pela fragilidade da sua Vida. Encontrando um problema na prática de cuidados da enfermagem permitiu-me desenvolver capacidades e competências de investigador, que posteriormente da partilha dos resultados com os pares, nos locais de estágio e em conferências especializadas, possa ser aplicado e modele esta prática de cuidados, revelando-se num importante contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem baseados na evidência. Considero contudo que a exigência e o rigor que foi mobilizado na sua realização é compensador pelo reconhecimento dos colegas, da comunidade científica mas principalmente quando a nossa intervenção contribuiu para o bem-estar da família das pessoas doentes que se encontram em situação crítica, estando certo que também elas reconhecem a importância dos enfermeiros acolherem e cuidarem da sua família quando estes se encontram condicionados num processo crítico de doença.

Para além de alguns aspetos já supramencionados destaco ainda como elementos facilitadores neste processo os locais de estágio, considerando-os uma referência, disponibilizando todos os meios que me permitiram desenvolver os meus objetivos, maximizando a minha aprendizagem; o modo como fui recebido, integrado e respeitado pelas equipas de saúde; o contributo das enfermeiras orientadoras, que através do seu saber, capacidade de reflexão e de análise de situação me conseguiram ajudar a traçar o meu caminho, com vista ao desenvolvimento de habilidades, conhecimentos e atitudes que materializam as competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados; a relação de proximidade mantida com a tutora (Professora) que me acompanhou, apoiou e motivou ao longo deste processo.

Os aspetos limitadores prenderam-se com o facto da dificuldade em articular os horários de trabalho com os horários praticados nos locais de estágio e a vida pessoal; o pouco tempo excedente para estudar e cimentar conhecimentos técnico-científicos; a distância que me separou da minha família por não ter disponibilidade para os ir visitar e por fim o sofrimento existencial de querer fazer mais e melhor e ter a perceção de não conseguir...

Contudo, considero ter cumprido o principal objetivo do presente trabalho, conseguindo descrever, analisar e refletir criticamente o processo de aquisição de competências gerais e específicas de enfermeiro especialista na área da Enfermagem médico-cirúrgica e o real contributo dos três locais de ensino clínico na sua consolidação.

No Módulo III- Controlo de infeção hospitalar consegui compreender, envolver-me e participar nas principais áreas de competência e intervenção do enfermeiro especialista do GCLPPCIRA, com vista à segurança do ambiente de prestação de cuidados de saúde e do seu contributo na melhoria contínua da qualidade dos cuidados através de processos de auditoria, análise, regulamentação e implementação de estratégias de melhoria. Saliento o contributo da formação que tive oportunidade de assistir que me permitiu desenvolver conhecimentos e capacidade reflexiva nas práticas, contribuindo positivamente no meu desenvolvimento profissional. Realço a listagem dos dispositivos médicos de médio risco como um importante contributo na segurança e qualidade dos cuidados a prestar pela instituição de saúde, uma vez que só conhecendo onde estes são utilizados, assegurando as recomendações do fabricante e

garantindo um processo adequado de limpeza, desinfecção de alto nível ou esterilização, de acordo com as suas características, se garantirá a sua fiabilidade e durabilidade, competindo ao enfermeiro especialista nesta área de especialização conhecer e garantir e supervisionar o correto processo de descontaminação para que este dispositivo possa ser reutilizado noutro doente, consciente das implicações na segurança, qualidade e gestão de cuidados de enfermagem.

No módulo II consegui enquadrar os conhecimentos adquiridos no período teórico, as experiências já adquiridas na prática profissional e as reflexões na ação em contexto de estágio que contribuíram ativamente na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica. A imprevisibilidade dos acontecimentos com que me deparei permitiu-me desenvolver capacidade de moldar a forma de pensar e agir, adequando as capacidades e habilidades desenvolvidas na assistência à pessoa doente em situação ou potencialmente crítica e sua família. Demonstrei preocupação em envolver a família no processo de cuidar e atendi às suas necessidades reais identificadas numa avaliação inicial perspicaz, que fui desenvolvendo ao longo desse período. Importei-me pelo reconhecimento de áreas de necessidade formativa na equipa de enfermagem, especificamente na administração de terapêutica pela via inalatória, conseguindo realizar um ponto situação e direcionar um processo formativo que incidisse nos principais focos identificados, realizando duas seções de formação com importante reconhecimento e utilidade nos conteúdos abordados pela equipa de enfermagem. Consciente que a intervenção do enfermeiro especialista não se esgota nos cuidados de enfermagem especializados diretos à pessoa doente e sua família no local onde trabalham, importou ainda desenvolver um manual de capacitação e ensino ao doente e cuidadores com os principais cuidados e sequência da correta realização da técnica inalatória no domicílio, contribuindo na adesão à terapêutica e promovendo ganhos em saúde.

No módulo II- Cuidados Intensivos/ Intermédios consegui mobilizar conhecimentos da componente teórica e pesquisar na literatura outros que me permitiram uma prática de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica com marcada instabilidade hemodinâmica, que exigiu consulta e análise bibliográfica, desenvolvimento de habilidades técnicas e capacidade de reflexão na ação como meio de conseguir adquirir competências de enfermeiro especialista. Sendo certo que é da experiência que se adquirem muitos conhecimentos que contribuem para a melhorias de competências técnicas, é também da reflexão e investigar sobre a evidência científica recente que melhor se desenvolvem as competências científicas e na interação com todos os intervenientes do processo de cuidar em enfermagem se desenvolvem as competências relacionais e éticas. Assim foi importante identificar como melhor cuidar das famílias que acompanham a pessoa doente em situação crítica e que também eles carecem de cuidados, que deve ser preocupação dos enfermeiros acolhê-los e envolvê-los, estabelecendo relações e parcerias de cuidado, com relevante contributo na humanização do processo de cuidar da pessoa em situação crítica. Esta intencionalidade de cuidar foi partilhada em seção de formação na sensibilização dos enfermeiros do serviço de Medicina Intensiva e no 3º Encontro dos Enfermeiros Especialistas

em Enfermagem Médico-Cirúrgica (dia 24 de Janeiro de 2015) e dos comentários recebidos considero ser uma preocupação no debate actual dos enfermeiros especialistas com importante contributo na melhoria da qualidade de enfermagem nos cuidados prestados à pessoa em situação crítica

Por todo o trabalho de aquisição de conhecimento, pesquisa bibliográfica, reflexão na prática, mobilização do conhecimento adquirido para a minha prática clínica e partilha com os meus pares e grupos especializados, permite-me concluir que contribuí ativamente na promoção da segurança e da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e tornei-me mais proficiente ao nível da prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa doente em situação crítica e sua família.

Importa consciencializar que os contextos da prática de enfermagem se estão a alterar dada a complexidade da evolução do conceito de sociedade, comunidade e família, em que os cidadãos estão mais exigentes e esclarecidos quanto aos seus direitos, impondo que os enfermeiros sejam pró-ativos no desenvolvimento de competências, no sentido de responderem aos mais elevados padrões de qualidade na assistência em saúde, que os oriente a um agir consciente e reflexivo, alicerçado nas premissas técnico-científicas, éticas, deontológicas e jurídicas, firmando e dignificando o exercício autónomo da profissão de Enfermagem de modo esclarecido, responsável e justo.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (APA)

- ✓ **Administração Central dos Sistemas de Saúde, Instituto Público (ACSS, IP) (2013).** *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidades de Cuidados Intensivos*. Lisboa: UIE/ ACSS, RT 09/2013, 26p.
- ✓ **Alarcão, I., Rua, M. (2005).** *Interdisciplinaridade, estágios clínicos e Desenvolvimento de Competências*. *Texto Contexto de Enfermagem*, 14 (3), 373-382. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08.pdf>
- ✓ **Alligood, M.R.; Tomey, A.M. (2010).** *Nursing Theorists: And Their Work*. (7ª ed.) Missouri: Mosby, ISBN: 978-0-32305-641-0
- ✓ **Apóstolo, J.L.A.; Gameiro, M.G.H. (2005)-** *Referências Onto-epistemológicas e Metodológicas da Investigação em Enfermagem: uma análise crítica*. *Revista de Enfermagem Referência*, série II (1), 29- 37. ISSN: 0874-0283
- ✓ **Beer, J., & Moleki, M. M. (2012).** *Critical Care Nurses' Perceptions Of Family Witnessed Resuscitation In The Kingdom Of Saudi Arabia*. *Africa Journal of Nursing & Midwifery*, 14(1), 105–115.
- ✓ **Benner, P. (2001).** *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora, 295p. ISBN:972-8535-97-X
- ✓ **Black, P., Boore, J. R. P., & Parahoo, K. (2011).** *The effect of nurse-facilitated family participation in the psychological care of the critically ill patient*. *Journal of Advanced Nursing*, 67(5), 1091–1101. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05558.x
- ✓ **Blom, H., Gustavsson, C., & Sundler, A., Johansson. (2013).** *Participation and support in intensive care as experienced by close relatives of patients-A phenomenological study*. *Intensive & Critical Care Nursing*, 29(1), 1–8. doi:10.1016/j.iccn.2012.04.002
- ✓ **Bloomer, M., J., & O'Connor, M. (2012).** *Providing end-of-life care in the intensive care unit: Issues that impact on nurse professionalism*. *Singapore Nursing Journal*, 39(3), 25–30.
- ✓ **Capitão, E. & Pires, J. (2009).** *Como eu, enfermeiro, faço Monitorização Invasiva*. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*. 16 (3), 51-55. ISBN: 0872-3087.
- ✓ **Cerqueira, A.F., Costa, F. G., Leal, F.P. & Nunes, L. (2014).** *Didática em Enfermagem: Documento Orientador de Processos de Ensino e Aprendizagem*. Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS/IPS. 65p. ISBN: 978-989-98206-2-3
- ✓ **Choi, B.J., Hoffman, L., A., Schulz, R., Ren, D., Donahoe, M.P., Given, B., & Sherwood, P., R. (2013).** *Health Risk Behaviors In Family Caregivers During Patients' Stay In Intensive Care Units: A Pilot Analysis*. *American Journal of Critical Care*, 22(1), 41–45. doi:10.4037/ajcc2013830

- ✓ **CIPE® Versão 2 (2011).** *CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM*. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros, 205p ISBN:978-92-95094352
- ✓ **Collière, M. F. (1999).** *Promover a Vida- Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. (4ª Tir.) Lisboa: LIDEL- Edições Técnicas, Lda. 385p. ISBN: 972-757-109-3
- ✓ **Davidson, J. (2009).** *Family-centered care: meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness*. *Critical Care Nurse*, 29(3), 28–35. doi:10.4037/ccn2009611
- ✓ **Davidson, J. (2010).** *Facilitated Sensemaking A Strategy and New Middle-Range Theory to Support Families of Intensive Care Unit Patients*. *Critical Care Nurse*, 30(6), 28–39. doi:10.4037/ccn2010410
- ✓ **Deodato, S. (2008).** *Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valorização da Sociedade: Valoração da Sociedade*. Coimbra: Edições Almedina, p. 194. ISBN 978-972-40-3401-0
- ✓ **Deodato, S. (2012)-** *Direito da Saúde*. Coimbra: Edições Almedina, 171p. ISBN 978-972-40-4750-8
- ✓ **Deodato, S. (2014).** *Decisão Ética em Enfermagem: do Problema aos Fundamentos para o Agir*. Coimbra: Edições Almedina, 299p. ISBN: 978-972-40-5226-7.
- ✓ **Dias, C. S. (2010).** *Prevenção da Infecção Nosocomial da Infecção nosocomial- Ponto de Vista do Especialista*. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*. 17 (1), 47-53. ISBN: 0872-3087.
- ✓ **Direção-Geral Da Saúde (DGS) (2013a).** *Programa De Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos: Orientações Programáticas*. Lisboa, 5p. Disponível em: www.dgs.pt.
- ✓ **Direção-Geral Da Saúde (DGS) (2013b).** *Precauções Básicas do Controlo da Infecção*. Lisboa, DGS, Norma 029/2012, atualizada a 31/10/2013, 26p. Disponível em: <http://www.dgs.pt/paginaRegisto.aspx?back=1&id=24914>
- ✓ **Direção-Geral da Saúde (DGS) (2009).** *Vigilância Epidemiológica Das Infecções Associadas Aos Cuidados De Saúde Critérios Para Definição De Infecções Nos Cuidados De Saúde De Agudos*. Lisboa: DGS/ DQS/ DSD, 57p. **Traduzido do original de:** Teresa C. Horan, MPH, Mary Andrus, RN, BA, CIC, and Margaret A. Dudeck, MPH (2008) *Surveillance definition oh health care-associated infection and criteria for specific types of infections in the acute care setting*, *AJIC major articles*. *Am J Infect Control*; 36, 309-332.
- ✓ **Doenges, M., Moorhouse, M.F. (2010).** *Aplicação do processo de enfermagem e do diagnostico de enfermagem- Um texto interactivo para o raciocínio diagnostico*. (5ª ed.) Loures: Lusociência, 283p. ISBN: 978-972-8930-57-8
- ✓ **Donabedian, A. (2003).** *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. New York, NY: Oxford University Press, Inc.
- ✓ **Fawcett, J. (2005).** *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation Nursing Models and Theories*. (2ª ed.) Philadelphia: F. A. Davis Company, ISBN: 0-8036-1194-3

- ✓ **Gomes, R.M.L. (2010).** *O Stress Dos Profissionais De Saúde: O Caso Das Equipas De Enfermagem Num Hospital Central.* Revista Investigação em Enfermagem. Edições Sinais Viais, 22, 64-81.
- ✓ **Hesbeen, W. (2000).** *Cuidar no Hospital- Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar.* Loures: Lusociência, 201p. ISBN:972-8383-11-8
- ✓ **Hickman, R., Jr., Daly, B., Douglas, S., & Clochesy, J. (2010).** *Families in critical care. Informational coping style and depressive symptoms in family decision makers.* American Journal of Critical Care, 19(5), 410–420. doi:10.4037/ajcc2010354
- ✓ **Hospital Beatriz Ângelo (2014).** *Site oficial.* Disponível em: <http://www.hbeatrizangelo.pt/pt/>
- ✓ **Instituto Nacional de Emergência Médica (2014).** *VMER.* Lisboa, INEM, s/p Disponível em: http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=27966
- ✓ **Iverson, E., Celious, A., Kennedy, C., R., Shehane, E., Eastman, A., Warren, V., & Freeman, B., D. (2014).** *Factors affecting stress experienced by surrogate decision makers for critically ill patients: Implications for nursing practice.* Intensive & Critical Care Nursing, 30(2), 77–85. doi:10.1016/j.iccn.2013.08.008
- ✓ **Khalaila, R. (2014).** *Meeting the needs of patients' families in intensive care units.* Nursing Standard, 28(43), 37–44.
- ✓ **Knapp, S., J., Sole, M., Lou, & Byers, J., Fowler. (2013).** *The EPICS Family Bundle and its effects on stress and coping of families of critically ill trauma patients.* Applied Nursing Research, 26(2), 51–57. doi:10.1016/j.apnr.2012.11.002
- ✓ **Köberich, S., Kaltwasser, A., Rothaug, O., & Albarran, J. (2010).** *Family witnessed resuscitation – experience and attitudes of German intensive care nurses.* Nursing in Critical Care, 15(5), 241–250. doi:10.1111/j.1478-5153.2010.00405.x
- ✓ **Meleis, A. I. (2010).** *Transition Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice.* New York: Springer Publishing Company, 664p. ISBN: 978-0-8261-0535-6.
- ✓ **Mendes, A.P., Bastos, F. & Paiva, A. (2010).** *A pessoa com Insuficiência cardíaca. Factores que facilitam/ dificultam a transição saúde/ doença.* Revista de Enfermagem Referência, série III (2), 7-16. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n2/v3n2a01>
- ✓ **Mendes, K.D.S., Silveira, R.C.C.P. & Galvão, C.M. (2008).** *Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem.* Texto Contexto Enfermagem: Florianópolis, 17 (4) 768-764.
- ✓ **Merces, M. C., Rigaud, J., Bahia, Pinto, F., Passos, Souza, L., & Silva Servo, M. L. (2012).** *Humanization practices in nursing care provided to clients in intensive care unit [Portuguese].* Enfermagem Brasil, 11(6), 365–372.
- ✓ **Mishel, M. (2014).** *Uncertainty of Illness.* s/p, Disponível em: <https://sites.google.com/a/northgeorgia.edu/merle-mishel-middle-range-nursing-theorist/home/uncertainty-of-illness>

- ✓ **Moleiro, M., Matos, J. & Valente, J. (2013).** *Guia De Acolhimento A Familiares Na Unidade De Cuidados Intensivos Polivalente- ULSCB: Mais Um Contributo Para A Humanização Do Cuidado.* Suplemento 1º Seminário de Enfermagem em Cuidados Intensivos da Beira Interior. 32 (1), 39-42.
- ✓ **Norma da Direção-Geral Da Saúde (2013).** *Vigilância Epidemiológica das Resistências aos Antimicrobianos.* Lisboa: DGS, Nº4/2013 de 21/02/2013, atualizada 08/08/2013. 9p. Disponível na Internet em <http://www.dgs.pt/normas-clinicas.aspx>
- ✓ **Nunes, L. (2013).** *Competências morais dos profissionais de enfermagem: “Cinco Estrelas” revisitadas.* VII Encontro Enfermagem Centro Hospitalar Leiria-Pombal, 14p.
- ✓ **Olson, T. (2012).** *Delirium in the Intensive Care Unit: Role of the critical care nurse in early detection and treatment.* DYNamics: Canadian Association of Critical Care Nurses 23 (4), 32-36
- ✓ **Ordem dos Enfermeiros (2002).** *Divulgar- Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos.* Edição Ordem dos Enfermeiros, 19p.
- ✓ **Ordem Dos Enfermeiros (2009).** *Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem.* Caderno Temático. 46p.Disp. em:<http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematicos2.pdf>
- ✓ **Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010).** *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 4p.
- ✓ **Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011).** *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 8p.
- ✓ **Pacheco, S. (2014).** *Cuidar a pessoa em fase terminal- Perspectiva ética.* (3ª ed.) Loures: Lusodidata, 153p. ISBN 978-989-80-75-38-3
- ✓ **Phaneuf, M. (2005).** *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação.* (1ª ed.) Loures: Lusociência, 633p. ISBN 972-8383-84-3.
- ✓ **Pina, E., Ferreira, E., Marques, A. & Matos, B. (2010).** *Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente.* Revista Portuguesa de Saúde Pública, 10, 27-39.
- ✓ **Rabiais, I. (2003).** *Saber ser... implica acompanhar.* Acontece Enfermagem. Lisboa. III (6), 7-11. ISSN: 1645-1805.
- ✓ **Rinaldi, F., Greco, V., Corsi, A., Frigotto, M., & Vallaperta, E. (2014).** *“Open Hospital” in emergency department: narrative review of literature.* SCENARIO: Official Italian Journal of ANIARTI, 31(2), 41–46.
- ✓ **Rodrigues, T. (2012).** *Factores estressores para a equipa de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva.* REME. Rev. Min. Enferm., 16(3), 454-462 ISSN: 1415-2762
- ✓ **Roque, A., Fabião, D. & Oliveira, V. (2013).** *Cuidar em Família.* Suplemento 1º Seminário de Enfermagem em Cuidados Intensivos da Beira Interior, 32, 2-6.

- ✓ **Rua, F., Marques, A., Sousa, J.P.A & Freitas, P.T. (2008).** *Transporte de Doentes críticos: Recomendações*. Lisboa: Edição Celon, 48p.
- ✓ **Rutala, W.A., Weber, D.J. & the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) (2008).** *Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities*. Disponível em: http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/disinfection_nov_2008.pdf
- ✓ **Serra, A. V. (2007).** *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Edição do Autor, 780p. ISBN: 978-97-29500-32-9
- ✓ **Sheehy, S. (2011).** *Enfermagem de Urgência- Da Teoria à Prática*. (6ª ed.) Loures: Lusociência, 823p. ISBN: 978-972-8930-63-9
- ✓ **Schön, D. A. (2000).** *Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul. 256p.
- ✓ **Silva, A.A. P. (2007).** *Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina*. Servir 55, 11 - 20.
- ✓ **Stayt, L. (2009).** *Death, empathy and self preservation: the emotional labour of caring for families of the critically ill in adult intensive care*. Journal of Clinical Nursing, 18(9), 1267–1275. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02712.x
- ✓ **Tomey, A.M., Alligood, M.R. (2004).** *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. (5ª ed.) Loures: Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda. 750p. ISBN: 972-8383-74-6
- ✓ **Thompson, I.E., Melia, K.M. & Boyd, K.M. (2004).** *Ética em Enfermagem*. Loures: Lusociência, 445p. Tradução de Pereira, H.& Rosa, M.C. ISBN 972-8383-67-3
- ✓ **Universidade Católica Portuguesa (UCP) (2014).** *Guia de Estágio- Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. 8p.
- ✓ **Veiga, B.S., Henriques, E., Barata, F., et al. (2011).** *Manual de Normas de Enfermagem: Procedimentos Técnicos*. (2ª ed. Revista), Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde, Instituto Público, 285p. Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/MANUAL%20ENFERMAGEM%2015_07_2011.pdf
- ✓ **Verhaeghe, S. Defloor, T., VanZuuren, F., Duijnste, M., & Grypdonck, M. (2005).** *The needs and experiences of family members of adult patients in a intensive care unit: a review of the literature*. Journal of Clinical Nursing, 14(4), 501–509.
- ✓ **Vieira, M. (2009).** *Ser Enfermeiro. Da Compaixão à Proficiência*. (2ª ed.) Lisboa: Universidade Católica Editora, p. 158. ISBN: 978-972-54-0195-8
- ✓ **Zagonel, I.P.S. (1999).** *O Cuidado Transacional na Trajetória de Enfermagem*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, 7 (3), 25-35. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n3/13473.pdf>

Legislação de Referência:

- ✓ **Código Deontológico Dos Enfermeiros (CDE)**- Incluído no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros- Aprovado pelo **Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril**.
- ✓ **Decreto-Lei 104/98, de 21 de abril** (alterado e republicado como Anexo à Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro) Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE).
- ✓ **Decreto-Lei 161/96, de 4 de setembro**- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE).
- ✓ **Decreto-Lei n.º 145/2009 de 17 de junho**-Regulação dos Dispositivos Médicos em Portugal
- ✓ **Lei nº 27/2002, de 8 de novembro**- Lei de Bases da Saúde (Atualiza a Lei 48/90 de 24 Agosto)
- ✓ **Lei n.º 25/2012 de 16 de julho**- Lei do Testamento Vital
- ✓ **Regulamento 122/2011 de 18 de fevereiro de 2011**- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista
- ✓ **Regulamento 124/2011 de 18 de fevereiro de 2011**- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica
- ✓ **Despacho do Secretário de Estado do Ministro da Saúde n.º 2902/2013 de 22 de Fevereiro**- Determina que a Direção-Geral da Saúde desenvolva, como programa de saúde prioritário, o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos
- ✓ **Despacho do Secretário de Estado do Ministro da Saúde n.º 15423/2013 de 26 de Novembro**- Designação do nome e das funções do Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos
- ✓ **Despacho do Gabinete do Ministro da Saúde n.º 727/2007 de 15 de janeiro**- Classificação Nacional dos serviços de Urgência.

ANEXOS

ANEXO I

Certificado de participação no simpósio “Segurança do Doente na Prestação de Cuidados de Saúde”

CERTIFICA-SE QUE

João Pedro Gonçalves

participou no Simpósio ASP,
“Segurança do Doente na Prestação de Cuidados de Saúde”,
que decorreu no Hotel Tryp Lisboa, em Lisboa, no dia 19 de Maio de 2014.

Lisboa, 19 de Maio de 2014



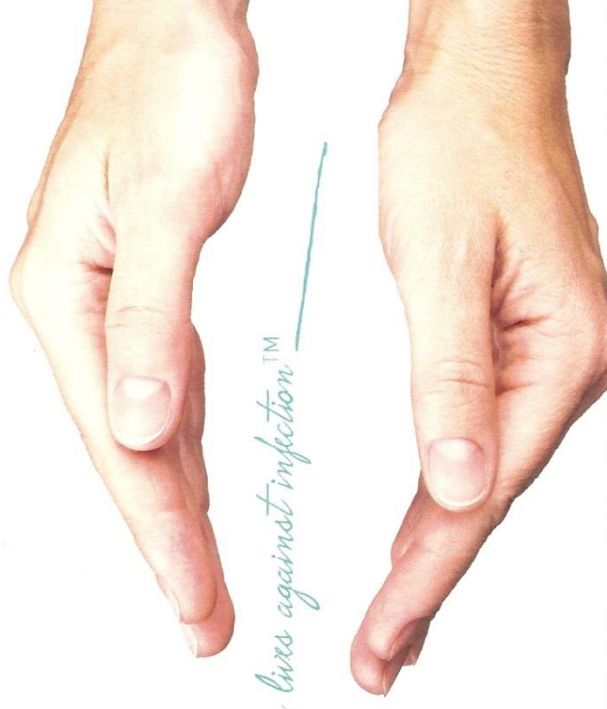
Jaime Alves
ASP Iberia | Senior Product Manager



protecting lives against infection™



ADVANCED STERILIZATION PRODUCTS
a **Johnson & Johnson** company



ANEXO II

Certificado de participação no simpósio de Enfermagem: “Segurança do Medicamento- Seção de Sensibilização”



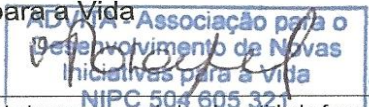
ASSOCIAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO
DE NOVAS INICIATIVAS PARA A VIDA

Certificado de Frequência de Formação Profissional

Certifica-se que João Pedro Afonso Gonçalves, natural de Bragança, nascido/a a 11/10/84, nacionalidade Portuguesa, portador do bilhete de identidade nº 12564305 emitido pelo Arquivo de Identificação de _____ em _____, participou no Curso de Formação Profissional 6º Simpósio de Enfermagem: Segurança do Medicamento - Sessão de sensibilização que decorreu em 20/11/2014 no/a Hospital Beatriz Ângelo com a duração total de 3 horas.

Lisboa, 20 de Novembro de 2014

O Responsável pela ADVITA - Associação para o Desenvolvimento Novas Iniciativas para a Vida



(Assinatura e selo branco ou carimbo da entidade formadora Certificada)

Certificado n.º 4073/2014

De acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010



Assinatura



ADVITA - ASSOCIAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE NOVAS INICIATIVAS PARA A VIDA
Rua Carlos Alberto Mota Pinto, 17 - 9.º - 1070-313 Lisboa - Portugal - Telef.: 213 163 275 - Fax: 213 530 292 - info@advita.pt
Instituição Particular de Solidariedade Social inscrição nº 42/02 a fls. 69 do livro nº 9 das Associações de Solidariedade Social - Pessoa Colectiva nº 504 605 321

ANEXO III

Certificado de participação no “3º Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica” realizado a 23 e 24 de janeiro de 2015 em Santarém.



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

JOÃO PEDRO AFONSO GONÇALVES

Membro n.º **55045** desta Ordem, esteve presente no **3º ENCONTRO DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, dia 24** de janeiro de 2015 (**4** de presença), com a duração total de 12 horas, em Santarém, no Auditório Maria de Lurdes Asseiro da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém.

Santarém, 24 de janeiro de 2015.

O Bastonário

Enf.º Germano Couto

PROGRAMA

23 janeiro 2015

9h15 Conferência de abertura: Dotações adequadas de Enfermeiros Especialistas, melhores cuidados de Enfermagem

Presidente: Enf.º Jorge Melo, Secretário da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica (MCEEMC) da OE

Orador: Enf.º José Carlos Gomes, Presidente do Conselho de Enfermagem (CE) da OE

10h00 Comunicações livres

- O Sistema de triagem de Manchester e a pessoa com Acidente Vascular Cerebral
- Liderança e gestão da equipa em processos de reanimação cardiopulmonar como uma competência exclusiva do Enfermeiro Especialista em pessoa em situação crítica
- Intervenção (in)visível do enfermeiro à pessoa vítima de paragem cardiopulmonar: Projeto «Família em segurança»
- Equipa de emergência intra-hospitalar: delinear um futuro próximo
- Respostas de emergência à pessoa em situação crítica nas enfermarias do hospital

11h30 Comunicações livres

- Autocuidado e higiene: Lavagem das mãos na pessoa com doença Hematológica e Imunodeprimida
- A higiene oral nos Cuidados Intensivos: Prevenir a Pneumonia associada ao ventilador
- Prevenção da infeção na pessoa idosa hospitalizada com Sonda Vesical - a parceria com intervenção de Enfermagem para promover o cuidado de si
- Segurança do doente e gestão de risco – Implementação de um programa numa Unidade de Hemodiálise
- Contaminação ambiental num hospital por *Pseudomonas Aeruginosa*, *Klebsiella spp.*, *Mycobacterium* não tuberculosis e outros microrganismos oportunistas

12h30 Abertura solene

- Enf.º Germano Couto, Bastonário da Ordem dos Enfermeiros
- Prof.ª Isabel Maria Rodrigues Ribeiro Barroso da Silva, Presidente da Escola Superior de Saúde de Santarém
- Enf.º José Carlos Martins, Presidente da MCEEMC da OE
- Enf.º José Carlos Gomes, Presidente do CE da OE
- Enf.º Alexandre Tomás, Presidente do Conselho Diretivo Regional da Secção Regional do Sul (CDR SRSul) da OE

14h00 Mesa redonda: Dotações adequadas de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica nos diferentes contextos

Moderador: Enf.º José Carlos Martins, Presidente da MCEEMC da OE

Oradores:

- No Serviço de Urgência – Enf.ª Cármen Noivo
- Nos Cuidados Paliativos – Enf.ª Paula Sapeta e Manuel Luis Capelas
- Nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) – Enf.º José António Pinho
- Nas Unidades de Internamento Médico-Cirúrgico – Enf.ª Maria da Piedade Dias Fernandes Pinto
- Nos Cuidados de Saúde Primários e referência em Enfermagem – Enf.ª Isabel Oliveira

17h00 Apresentação de pósteres

- N.º 1 Articulação do Hospital de Dia com o Serviço de Internamento de Doenças Infecciosas
- N.º 2 O Exercício da autonomia do doente nos cuidados de saúde
- N.º 3 Decisão de alimentar e hidratar o doente terminal: Revisão integrativa da literatura
- N.º 4 Núcleo de Enfermagem da Especialidade Médico-Cirúrgica do CHVNG/ Espinho, EPE
- N.º 5 A prevenção da infeção por *Staphylococcus Aureus* Metilicilino-Resistente (MRSA) na pessoa idosa na comunidade: O modelo de parceria como suporte da intervenção de Enfermagem
- N.º 6 Dotações em Enfermagem e incidências de quedas
- N.º 7 A parceria como intervenção de Enfermagem na prevenção de Úlceras por Pressão na pessoa idosa internada no Serviço de Urgência – estudo de caso
- N.º 8 A prevenção da infeção do trato urinário na pessoa idosa na comunidade: O modelo de parceria como suporte de intervenção de Enfermagem
- N.º 9 Infeção hospitalar: Contributos para uma prática intencional
- N.º 10 Investir na prestação de informação e no plano de alta: Um processo contínuo na melhoria de cuidados de Enfermagem
- N.º 11 A pessoa vítima de Paragem Cardiopulmonar: Construção de uma perspectiva especializada de Enfermagem
- N.º 12 Cuidar na doação de órgãos: Percurso de aquisição de competências especializadas
- N.º 13 Satisfação dos doentes com os cuidados de Enfermagem do Centro de Cardiologia do polo HG/CHUC
- N.º 14 Gestão pela qualidade – Um exemplo da gestão de processos numa Unidade de Hemodiálise
- N.º 15 Risco / alteração da membrana mucosa oral

N.º 16 Enfermagem lean: A aplicação do pensamento lean ao processo de cuidar em Enfermagem

N.º 17 E quando o Cateter Venoso Central é o (único) acesso vascular funcionante num doente hemodializado

N.º 18 Lidar com a violência não física do utente em contexto de hemodiálise: Um percurso na aquisição de competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

24 janeiro 2015

9h00 Comunicações livres

- A adesão à terapêutica imunossupressora na pessoa transplantada renal
- Avaliação multidimensional da pessoa idosa no Serviço de Urgência: Intervenção do Enfermeiro Especialista
- Perceção do enfermeiro no cuidar do doente com VNI num Serviço de Internamento
- O significado da experiência vivida pelo enfermeiro no cuidado à pessoa adulta e à sua família em processo de morrer e de morte: Uma revisão sistemática da literatura, com metassíntese
- Canulação de fistulas arteriovenosas em hemodiálise - Nova abordagem, novo olhar
- Trabalho em equipa em contexto de emergência - Perceção dos enfermeiros e dos médicos num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico
- A intervenção de Enfermagem na prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar
- Intervenções de Enfermagem no controlo do stress da família da pessoa doente em situação crítica
- Gestão da doença após a alta clínica: O impacto das dificuldades dos doentes no período de transição
- Investir na prestação de informação e no plano de alta: Um processo contínuo na melhoria de cuidados de Enfermagem

11h30 Conferência de encerramento: «Baseline Emergency Staffing Tool, uma aproximação para dotações adequadas»

Presidente: Enf.ª Helena Lucas, Secretária da MCEEMC da OE

Orador: Enf.º Alexandre Tomás, Presidente do CDR SRSul da OE

12h30 Sessão de encerramento



ANEXO IV

Comunicação Livre: “Intervenções de enfermagem no controlo do *stress* da família da pessoa doente em situação crítica”, premiada em 4º lugar, no 3º *Encontro Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica*.



3^o

Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

23 e 24 de janeiro de 2015

Auditório Professora Maria de Lurdes Asseiro da Escola Superior de Saúde
do Instituto Politécnico de Santarém



Mesa do Colégio de Especialidade
em Enfermagem Médico-Cirúrgica

CERTIFICADO DE EXPERIÊNCIA FORMATIVA

Certifica-se que

JOÃO PEDRO AFONSO GONÇALVES

participou no 3º ENCONTRO DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM
MÉDICO-CIRÚRGICA, no dia 24 de janeiro de 2015, em Santarém, no Auditório Maria de
Lurdes Asseiro da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém, enquanto
Autor da Comunicação Livre com o 4º lugar:

Intervenções de enfermagem no controlo do stress da família
da pessoa doente em situação crítica

Coautores:

Joana Piedade Marques

Silvina Maria da Costa Moura

Isabel Cristina Mascarenhas Rabiais

Santarém, 24 de janeiro de 2015.

P^l A Comissão Organizadora

Enf.º José Carlos Martins
Presidente da Mesa do Colégio
da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica

PROGRAMA

23 janeiro 2015

9h15 Conferência de abertura: *Dotações adequadas de Enfermeiros Especialistas, melhores cuidados de Enfermagem*

Presidente: Enf.º Jorge Melo, Secretário da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica (MCEEMC) da OE

Orador: Enf.º José Carlos Gomes, Presidente do Conselho de Enfermagem (CE) da OE

10h00 Comunicações livres

- O Sistema de triagem de Manchester e a pessoa com Acidente Vascular Cerebral
- Liderança e gestão da equipa em processos de reanimação cardiopulmonar como uma competência exclusiva do Enfermeiro Especialista em pessoa em situação crítica
- Intervenção (in)visível do enfermeiro à pessoa vítima de paragem cardiopulmonar: Projeto «Família em segurança»
- Equipa de emergência intra-hospitalar: delinear um futuro próximo
- Respostas de emergência à pessoa em situação crítica nas enfermarias do hospital

11h30 Comunicações livres

- Autocuidado e higiene: Lavagem das mãos na pessoa com doença Hematológica e Imunodeprimida
- A higiene oral nos Cuidados Intensivos: Prevenir a Pneumonia associada ao ventilador
- Prevenção da infeção na pessoa idosa hospitalizada com Sonda Vesical - a parceria com intervenção de Enfermagem para promover o cuidado de si
- Segurança do doente e gestão de risco – Implementação de um programa numa Unidade de Hemodiálise
- Contaminação ambiental num hospital por *Pseudomonas Aeruginosa*, *Klebsiella spp.*, *Mycobacterium non tuberculosis* e outros microrganismos oportunistas

12h30 Abertura solene

- Enf.º Germano Couto, Bastonário da Ordem dos Enfermeiros
- Prof.ª Isabel Maria Rodrigues Ribeiro Barroso da Silva, Presidente da Escola Superior de Saúde de Santarém
- Enf.º José Carlos Martins, Presidente da MCEEMC da OE
- Enf.º José Carlos Gomes, Presidente do CE da OE
- Enf.º Alexandre Tomás, Presidente do Conselho Diretivo Regional da Secção Regional do Sul (CDR SRSul) da OE

14h00 Mesa redonda: *Dotações adequadas de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica nos diferentes contextos*

Moderador: Enf.º José Carlos Martins, Presidente da MCEEMC da OE

Oradores:

- No Serviço de Urgência – Enf.ª Cármen Noivo
- Nos Cuidados Paliativos – Enf.ª Paula Sapeta e Manuel Luis Capelas
- Nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) – Enf.º José António Pinho
- Nas Unidades de Internamento Médico-Cirúrgico – Enf.ª Maria da Piedade Dias Fernandes Pinto
- Nos Cuidados de Saúde Primários e referenciação em Enfermagem – Enf.ª Isabel Oliveira

17h00 Apresentação de pósteres

- N.º 1 Articulação do Hospital de Dia com o Serviço de Internamento de Doenças Infecciosas
- N.º 2 O Exercício da autonomia do doente nos cuidados de saúde
- N.º 3 Decisão de alimentar e hidratar o doente terminal: Revisão integrativa da literatura
- N.º 4 Núcleo de Enfermagem da Especialidade Médico-Cirúrgica do CHVNG/ Espinho, EPE
- N.º 5 A prevenção da infeção por *Staphylococcus Aureus* Metilino-Resistente (MRSA) na pessoa idosa na comunidade: O modelo de parceria como suporte da intervenção de Enfermagem
- N.º 6 Dotações em Enfermagem e incidências de quedas
- N.º 7 A parceria como intervenção de Enfermagem na prevenção de Úlceras por Pressão na pessoa idosa internada no Serviço de Urgência – estudo de caso
- N.º 8 A prevenção da infeção do trato urinário na pessoa idosa na comunidade: O modelo de parceria como suporte de intervenção de Enfermagem
- N.º 9 Infeção hospitalar: Contributos para uma prática intencional
- N.º 10 Investir na prestação de informação e no plano de alta: Um processo contínuo na melhoria de cuidados de Enfermagem
- N.º 11 A pessoa vítima de Paragem Cardiopulmonar: Construção de uma perspetiva especializada de Enfermagem
- N.º 12 Cuidar na doação de órgãos: Percurso de aquisição de competências especializadas
- N.º 13 Satisfação dos doentes com os cuidados de Enfermagem do Centro de Cardiologia do polo HG/CHUC
- N.º 14 Gestão pela qualidade – Um exemplo da gestão de processos numa Unidade de Hemodiálise
- N.º 15 Risco / alteração da membrana mucosa oral

N.º 16 Enfermagem lean: A aplicação do pensamento lean ao processo de cuidar em Enfermagem

N.º 17 E quando o Cateter Venoso Central é o (único) acesso vascular funcional num doente hemodializado

N.º 18 Lidar com a violência não física do utente em contexto de hemodiálise: Um percurso na aquisição de competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

24 janeiro 2015

9h00 Comunicações livres

- A adesão à terapêutica imunossupressora na pessoa transplantada renal
- Avaliação multidimensional da pessoa idosa no Serviço de Urgência: Intervenção do Enfermeiro Especialista
- Perceção do enfermeiro no cuidar do doente com VNI num Serviço de Internamento
- O significado da experiência vivida pelo enfermeiro no cuidado à pessoa adulta e à sua família em processo de morrer e de morte: Uma revisão sistemática da literatura, com metassíntese
- Canulação de fistulas arteriovenosas em hemodiálise - Nova abordagem, novo olhar
- Trabalho em equipa em contexto de emergência - Perceção dos enfermeiros e dos médicos num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico
- A intervenção de Enfermagem na prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar
- Intervenções de Enfermagem no controlo do stress da família da pessoa doente em situação crítica
- Gestão da doença após a alta clínica: O impacto das dificuldades dos doentes no período de transição
- Investir na prestação de informação e no plano de alta: Um processo contínuo na melhoria de cuidados de Enfermagem

11h30 Conferência de encerramento: *«Baseline Emergency Staffing Tool, uma aproximação para dotações adequadas»*

Presidente: Enf.ª Helena Lucas, Secretária da MCEEMC da OE

Orador: Enf.º Alexandre Tomás, Presidente do CDR SRSul da OE

12h30 Sessão de encerramento



Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

23 e 24 de janeiro de 2015
Auditório Professora Maria de Lurdes Azeiteiro da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém

APÊNDICES

APÊNDICE I

**Critérios de limpeza, desinfecção e esterilização dos dispositivos médicos semicríticos/
médio risco (de acordo com a classificação de Spaulding) utilizados na instituição**

Critérios de Limpeza, desinfeção e esterilização de dispositivos médicos semicríticos ou de Médio Risco (classificação de Spaulding) seguindo as orientações dos seus fabricantes

Tipo de Equipamento/ Dispositivo	Método			Localiza ção	Responsabi lidade	Comentários
	Limpeza	Desinfeção	Esterilização			
APARELHO GASTROINTESTINAL						
<div>ENDOSCÓPIOS (12)</div> <div>OLYMPUS GIF-XP180N (ped) (1)</div> <div>OLYMPUS GIF-H180 (2)</div> <div>OLYMPUS GIF- Q165 (4)</div> <div>OLYMPUS TJF-Q180V (2)</div> <div>OLYMPUS GIF- 2TH180 (1)</div> <div>OLYMPUS SIF-Q180 (1)</div> <div>OLYMPUS JF- 140R (1)</div>	<div>*Pré-limpeza na Sala de Trabalho</div> <div>Lavagem MANUAL COM DETERGENTE ENZIMÁTICO</div> <div>CIDEZYME (Diluição) ENDOZYME</div>	<div>DESINFEÇÃO ALTO-NÍVEL com Ácido Paracético</div> <div>Desinfeção Automática</div>	<div>Peróxido de Hidrogénio (STERRAD)</div> <div>Ácido Paracético Esterilizante num período de contacto de 30 minutos</div>	HCD	<div>*Pré-limpeza: Enfermeiro da Sala</div> <div>Restante Processo: Assistente Operacional</div>	<div>Cidezyme: Usado no SEC</div> <div>Endozyme: HDC e Consulta Extena</div>
<div>ECO-ENDOSCÓPIOS (2)</div> <div>RADIAL</div> <div>OLYMPUS GF-UE160 (1)</div> <div>LINEAR</div> <div>OLYMPUS GF-ECT180 (1)</div>	<div>Na Sala de Limpeza</div> <div>LIMPEZA MANUAL COM DETERGENTE ENZIMÁTICO</div> <div>CIDEZYME e ENDOZYME</div>	<div>DESINFEÇÃO ALTO-NÍVEL com Ácido Paracético</div> <div>Desinfeção Automática</div>	<div>Peróxido de Hidrogénio (STERRAD)</div> <div>Ácido Paracético Esterilizante num período de contacto de 30 minutos</div>	HCD	<div>*Pré-limpeza: Enfermeiro da Sala</div> <div>Restante Processo: Assistente Operacional</div>	<div>Reprocessamento imediato após a utilização</div> <div>Cidezyme: Usado no SEC</div> <div>Endozyme: HDC e Consulta Extena</div>

COLONOSCÓPIOS (9) OLYMPUS CF-Q165L/I (4) OLYMPUS CF-Q180AL/I (4) OLYMPUS PCF-Q180AL/I (1) (PED)	Na Sala de Limpeza LIMPEZA MANUAL COM DETERGENTE ENZIMÁTICO CIDEZYME (Diluição) ENDOZYME	DESINFECÇÃO ALTO-NÍVEL com Ácido Paracético Desinfecção Automática	Peróxido de Hidrogénio (STERRAD) Ácido Paracético Esterilizante num período de contacto de 30 minutos	HCD	*Pré-limpeza: Enfermeiro da Sala Restante Processo: Assistente Operacional	Reprocessamento imediato após a utilização Cidezyme: Usado no SEC Endozyme: HDC e Consulta Externa
VÁLVULAS REUTILIZÁVEIS **Tampa Impermeável- MH-553 Tampa do Canal de Trabalho- MH-944 Tubo Injector- MH- 946 Escovilhão Canal Trabalho- BW-20T Escovilhão Abertura Canais- MH-507 Adaptador de Limpeza para Canal ar/água- MH-948	Colocação num recipiente com detergente enzimático: Cidezyme	DESINFECÇÃO ALTO-NÍVEL com Ácido Paracético Desinfecção Automática	Peróxido de Hidrogénio (STERRAD) Ácido Paracético Esterilizante num período de contacto de 30 minutos Esterilização a Vapor AUTOCLAVE Durante 5 min a 132-134° ** (excepto a Tampa Impermeável MH-553)	HCD Consulta Externa	Assistente Operacional	Desinfecção alto nível com o endoscópio: HDC e Consulta Externa AUTOCLAVE: SEC
RECTOSIGMOIDOSCÓPIOS RÍGIDOS	IDENTIFICAR		Esterilização a Vapor Peróxido de Hidrogénio	HCD	SEC	As ópticas devem ser sempre esterilizadas por STERRAD
SONDAS ENDOCAVITÁRIAS (De Imagiologia)	Limpar o gel da sonda com compressa humedecida com água fria/ morna e sabão; Limpar com compressa embebida em água fria limpa; Seque com toalhete seco.	Desinfecção química (com germicida recomendado)	-----			Não mergulhe as sondas no produto desinfetante
APARELHO DE ESTIMULAÇÃO ANAL/ RECTAL	Sem indicação para Reprocessamento					

APARELHO RESPIRATÓRIO

BRONCOFIBROSCÓPIO (9) (Visão directa) OLYMPUS P60 (2) Broncovidescópio (Adulto) OLYMPUS 1T180 (2) OLYMPUS P180 (1) OLYMPUS XT40 (1) Broncovidescópio (Ped.) OLYMPUS XP180F (1) OLYMPUS 3C40 (1) Eco-Broncofibroscópio OLYMPUS UC180F (1)	Na Sala de Limpeza LIMPEZA MANUAL COM DETERGENTE ENZIMÁTICO CIDEZYME (Diluição) ENDOZYME	DESINFEÇÃO ALTO-NÍVEL com Ácido Paracético Desinfecção Automática	Peróxido de Hidrogénio (STERRAD) Ácido Paracético Esterilizante num período de contacto de 30 minutos	HCD	*Pré-limpeza: Enfermeiro da Sala Restante Processo: Assistente Operacional	Reprocessamento imediato após a utilização Cidezyme: Usado no SEC Endozyme: HDC e Consulta Externa
MATERIAL APOIO EOT Endoscópio de Intubação Retromolar (BONFILS) (3) Videolaringoscópio 8401H (1)	Lavagem Manual Ou Automática (com detergente enzimático)	Desinfecção de Alto Nível Desinfecção química enzimática com T.máx. 60°*	Peróxido de Hidrogénio (Gás Plasma STERRAD)	UCI BO	SEC	Contra-indicado: Banho de Ultra-sons Após a desinfecção: Limpar as fontes de luz com cotonete com álcool isopropílico a 70°, e deixar secar.
Laringoscópio Espátulas de laringoscópio	Lavagem Manual Ou Automática (com detergente enzimático)	Desinfecção de Alto Nível Desinfecção química com T.máx. 60° ou térmica até 93°	Peróxido de Hidrogénio (Gás Plasma STERRAD)		SEC	Contra-indicado: Banho de Ultra-sons Após a desinfecção: Limpar as fontes de luz com cotonete com álcool isopropílico a 70°, e deixar secar.
Mascara Laríngea e Tubo endotraqueal “FASTRECH”	Lavagem Manual Ou Automática (com detergente enzimático)	Desinfecção de Alto Nível Desinfecção química com T.máx. 60°	Peróxido de Hidrogénio (STERRAD)	UCI	SEC	Não Reprocessar mais do que 20 vezes
Câmaras Expansoras “VORTEX”	Limpeza manual com água quente e detergente.		Autoclave	Serviços Utilizadores	SEC	Pode ser desinfetada até 60 vezes, e rejeitar no ao final de um ano.
Bucais de Inaladores	Limpeza Manual com água e detergente ph neutro ou enzimático	Desinfecção de Alto Nível Desinfecção Automática	-----	Serviços Utilizadores	SEC	Não se encontra disponível recomendação do fabricante.
Tubo Nasofaríngeo	Limpeza Manual com água e detergente	Desinfecção de Alto Nível	Peróxido de Hidrogénio		SEC	

	ph neutro ou enzimático	Mecânica	(STERRAD) Material Termossensível			
Ressuscitador Manual “AMBU”	Desmontagem e limpeza manual	Desinfecção de Alto Nível		Serviços Utilizadores	SEC	
MÁSCARAS VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA Respireo Primo F -----	Desmontar a máscara na totalidade Lavar com água a cerca de 30° e sabão/detergente neutro ou em máquina de lavar a máx.30°	Com hipoclorito de sódio a 5,25%	Termossensível Apenas esterilização a Gás Plasma Sterrad	UCI Serviços Utilizadores	SEC	*Desinfetar no máximo 20 vezes
Máscara Facial com válvula de bidirecional só para inalar ou exalar (HANS RUDOLPH)	Desmontar todas as peças e válvulas Lavagem manual com detergente com pH neutro e temp.: 22°C-43°C	Desinfecção Química Manual ou Automática APENAS RECOMENDAM GLUTARALDEÍDO	Só a máscara de silicone vai a esterilizar Esterilização por pressão 10-15 min a 132°-135°a	Laboratório de Cardiopneumologia	SEC	Não expor as Válvulas a temperaturas superiores a 45°, nos processos de lavagem e desinfecção.
APARELHO GÊNITO-URINÁRIO						
ÓPTICAS RÍGIDAS Telescópio Hopkins Hamou II Histeroscópio 26120BA (2) 26008BA (1) 26008BAC (1)	Limpar a superfície Exterior com desinfetante sem álcool, ou “meios de lavagem descartável” à base de cloreto de amônia	Desinfecção Química 25°C Duração máx. 60min	(Os Telescópios autoclaváveis têm um anel com o termo AUTOKLAV Podem ser esterilizadas a Vapor (5 min)) Ou Gás Plasma (STERRAD)	Consulta Externa	SEC	A ocular dos telescópios e o local de conexão da admissão de luz devem ser limpas com álcool isopropílico a 70°
Pistola de Biopsia Prostática (Urologia) BARD Magnum	O equipamento deve estar na posição 22mm com a tampa aberta Emergir em solução enzimática (mínimo 5min) e com o auxílio	Desinfecção térmica (mínimo 85° em 5 mim.)	Esterilizador <i>Autoclave</i> quer por deslocação por gravidade como por exposição pré-vácuo		SEC	Não suporta ph elevado nem baixo

	de uma seringa introduzir a solução nas áreas de difícil acesso. Limpeza Ultra-sónica durante 15min a 40kHz					
ENDOMAT DE HAMOU	Emersão em solução enzimática. Empurrar detergente com seringa e esfregar com escovilhões	Desinfecção Química de alto nível manual e secagem com ar comprimido medicinal	-----	Consulta Externa	SEC	Avaliar pressão antes de desinfecção alto nível
Tubos flexíveis Reutilizáveis Garrafa e copo de Aspiração	Limpeza Manual Lavar com H2O	Desinfecção Química pH<10,5 (alcalina) e Temp. 93°C	Esterilização a pré-vácuo fracionado 134°(máx+3°) Durante 5min.			
CITOSCÓPIOS FLEXÍVEIS	*Pré-limpeza na Sala de Trabalho Lavagem MANUAL COM DETERGENTE ENZIMÁTICO CIDEZYME (Diluição) ENDOZYME	DESINFECÇÃO ALTO-NÍVEL com Ácido Paracético Desinfecção Automática	Ácido Paracético Esterilizante num período de contacto de 30 minutos	Serviço Utilizador	HCD	*Pré-limpeza: Enfermeiro da Sala Restante Processo: Assistente Operacional Cidezime: Usado no SEC Endozyme: HDC e Consulta Externa
OFTALMOLOGIA						
TONÓMETROS	Lavagem Manual: Enxaguar com água fria durante 30-60 min. Humedecer uma compressa em solução de limpeza (água + detergente multiuso) e limpar	Solução Desinfetante: emergir em Hipoclorito de Sódio a 1% (10.000ppm) Durante 10min. *Realizar 3 enxaguamentos com água fria ou	-----	Consulta Externa (Oftalmologia)	Consulta Externa (Oftalmologia)	*O incumprimento dos 3 ciclos de enxaguamento poderá levar à remoção incompleta do desinfetante, existindo o risco de queimaduras químicas oculares em procedimentos futuros.

	suavemente, enxaguar os tanômetros com água fria, secar com toalhete;	tépida(1min. cada) e secar cuidadosamente com toalhete multiuso descartável.				
LENTE DE ARGON/ DIODE/YAG	Lavagem Manual Lavar com água fria ou tépida imediatamente após usar; Limpar a lente com compressa embebida em solução de limpeza (água + detergente multiuso), limpar a lente em movimentos circulares, secar com toalhete;	Solução Desinfetante: emergir em Hipoclorito de Sódio a 1% (10.000ppm) Durante 10min. *Realizar 3 enxaguamentos com água fria ou tépida(1min. cada) e secar cuidadosamente com toalhete multiuso descartável.	-----	Consulta Externa (Oftalmologia)	Consulta Externa (Oftalmologia)	<p>*Nunca secar as lentes com álcool, acetona ou outros solventes;</p> <p>*O incumprimento dos 3 ciclos de enxaguamento poderá levar à remoção incompleta do desinfetante, existindo o risco de queimaduras químicas oculares em procedimentos futuros.</p>
LASER						
Laser CO2 MCO50Plus- (“Cone” Saliente mais distal que toca no doente)	Solução de desinfetante	Solução desinfetante	Autoclave a Vapor a 134°C Gás Plasma (Sterrad)	Consulta Externa (Ginecologia)	SEC	
SHARPLAN S211 (Standart Tip for 200mm handpiece)	Limpeza logo após a utilização Emergir em detergente enzimático	*Não está aconselhada a desinfecção de alto Nível	Autoclave		SEC	*Não está indicado uso de detergentes nem desinfetantes contendo Ácido Paracético ou componentes de Cloro

AcuPulse CO2 laser OtoLAM System (With NTCS or PAL vídeo monitors (only de speculums))	Limpeza logo após a utilização Emergir em detergente enzimático durante 2 min.	Em Solução desinfetante durante 45 min. Enxaguamento em H2O Bidestilada estéril e secar com ar comprimido	Autoclave	Oftalmologia (Consulta Externa)	SEC	
LASER COOK® Medical H-30 (UROLOGIA)	Não há referência no manual do aparelho relativamente à sua limpeza ou desinfecção			B.O. Urologia	SEC	Várias Fibras que vão a Esterilizar!!
INFINITI Vision System Itens reutilizáveis	Não Especifica	Não especifica	Autoclave a Vapor a 134°C	B.O. (Oftalmologia)	SEC	Remete para ver as instruções de utilização que acompanham os acessórios reutilizáveis.
CONSTELLATION Vision System	Não Especifica	Não Especifica	Autoclave a Vapor a 132°C	B.O. (Oftalmologia)	SEC	Remete para ver as instruções de utilização que acompanham os acessórios reutilizáveis.
SPHINX 2micron Holmium laser “LASA LASER FIBRES”	Limpar logo de seguida ao seu uso com toalhete ou esponja embebida em detergente (usados também na limpeza de endoscópios flexíveis- Endozyme ou Cidezyme)	Lavagem Manual com desinfecção química com solução alcalina. A Lavagem e desinfecção automática também estão indicadas mas compromete a durabilidade da fibra Lavagem T<55° C (+°C) Desinf. Térmica 93°C Secagem não superior a 110°C	Esterilização a Vapor a 121°C 15-30 min. E secagem a vácuo 20-30 min. Ou Esterilização a Vapor a 134° 4-18 min. E secagem a vácuo de 20-30min.	B.O. (Urologia)	SEC	Não Usar limpeza Com ácido (pH<5) Usar detergentes alcalinos ou neutros (pH<11,5) O Conector da fibra nunca pode ser mergulhado na solução desinfetantes, deve antes- -Depois de esterilizada armazenar em ambiente protegido da luz a 15-25°C (protegido do calor).

Desenvolvido por: Enf.º João Pedro Afonso Gonçalves (Estudante da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica)

Apoio realização: Enf.ª Especialista Responsável do GCL-PPCIRA

APÊNDICE II
Questionário Aplicado aos Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral

Pedido de Autorização

Chamo-me João Pedro Afonso Gonçalves, sou enfermeiro, com cédula profissional N.º 5E55045 e encontro-me a frequentar o Mestrado em Enfermagem de natureza profissional na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, em Lisboa.

Por considerar que a avaliação de formação específica nas equipas de enfermagem é uma competência a desenvolver pelo enfermeiro especialista, venho por este meio pedir a vossa autorização para proceder à aplicabilidade de um sucinto questionário aos enfermeiros do Serviço de Urgência Geral, com o objetivo de complementar a fundamentação de um trabalho por mim desenvolvido que visou a regulação interna dos dispositivos médicos de uso múltiplo semicríticos utilizados no Hospital, no âmbito do estágio clínico no Grupo de Coordenação Local do Programa de Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (decorrido em Abril-Junho 2014 neste hospital).

Os resultados deste questionário têm um caráter de avaliação de necessidade formação específica nesta área, aos enfermeiros (pois irei em setembro realizar o meu estágio clínico neste serviço de urgência), e ainda integrei no questionário três questões que visem avaliar conhecimentos específicos na técnica inalatória, que será um dos meus objetivos específicos a desenvolver neste estágio.

Comprometo-me desde já a guardar o anonimato dos dados recolhidos, e só utilizar os mesmos para fundamentar a minha intervenção com o objetivo de demonstrar academicamente competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

Pede deferimento:

O aluno: João Pedro Afonso Gonçalves

Em 18 de Julho de 2014

QUESTIONÁRIO

Chamo-me João Pedro Gonçalves, sou enfermeiro e estou a frequentar o Mestrado em Enfermagem de natureza profissional na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Universidade Católica Portuguesa. Venho por este meio pedir a vossa colaboração, respondendo ao breve questionário, criado com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados na área da prevenção e controlo de infeção associado ao uso e reprocessamento de dispositivos médicos semicríticos de uso múltiplo, integrado no estágio no Grupo de Coordenação Local do Programa De Controlo de Infeção e Resistência os Antimicrobianos, decorrido em Abril-Junho 2014 nesta unidade hospitalar. O presente questionário dirige-se aos enfermeiros do Serviço de Urgência Geral desta Unidade Hospitalar.

(Coloque um X na resposta que mais se adequa, e complete os campos de desenvolvimento.)

1- Experiência Profissional:

1-3 anos ☐

4-8 anos ☐

> 8 anos ☐

2- Grau Profissional:

Enfermeiro Generalista ☐

Enfermeiro Especialista ☐ Área de Especialização: _____

3- O símbolo ② indica que estamos perante um dispositivo médico de:

Uso múltiplo ☐

Uso Único ☐

4- Tem conhecimento da Classificação de Spaulding?

Não ☐

Sim ☐

5- Segundo as características de utilização dos dispositivos médicos de uso múltiplo, faça corresponder a cada dispositivo médico o seu grau de risco correspondente:

Não críticos •

• Câmara Expansora de Inaloterapia

Semicríticos •

• Oxímetro digital

Críticos •

• Material de instrumentação cirúrgica

6- Como devem ser reprocessados os dispositivos médicos de uso múltiplo semicríticos para que estes se possam usar em outros doentes?

Limpeza e desinfeção

☐

Limpeza, desinfeção de alto nível, sempre que possível esterilização.

☐

Limpeza, desinfeção e obrigatoriamente esterilização

☐

7- Tem algum tipo de formação específica em técnica inalatória?

Não ☐

Sim ☐

8- Na técnica inalatória com aerossol, quanto tempo deve aguardar entre cada *puff* de um fármaco?

10 segundos ☐

30 segundos ☐

1 minuto ☐

9- Dada a ação farmacológica da terapêutica inalatória, qual a ordem correta na sua administração?

Anticolinérgico, Broncodilatador e Corticosteroide ☐

Broncodilatador, Anticolinérgico e Corticosteroide ☐

Corticosteroide, Broncodilatador e Anticolinérgico ☐

Grato pela colaboração

Pág.2-2

APÊNDICE III
Sessão de Formação aos Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral sobre
Técnica Inalatória

TÉCNICA INALATÓRIA
Um Contributo na Melhoria da Qualidade dos Cuidados

ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

Palestrante: Enft. João Pedro Gonçalves
(Aluno Especialidade Enfermagem Médico-Cirúrgica)
Orientação: Enft. Clara Peixoto/ Enft. Esp. Fernando Sousa
Tutoria: Proft. Doutora Isabel Rabiais

27 e 30 de Outubro de 2014

Técnica Inalatória- Um contributo na melhoria da qualidade dos cuidados

Duração Média da Formação

Teórica: 40 minutos

Teórico-Prática: 5 minutos

Prática/ Discussão: Até 15 minutos



Técnica Inalatória- Um contributo na melhoria da qualidade dos cuidados

OBJETIVOS

1ª Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem associados à técnica inalatória, na pessoa em situação crítica com comprometimento do padrão respiratório.

- Visando a optimização do efeito terapêutico;
- Visando as precauções de controlo de infeção.

2ª Desenvolver competências de enfermeiro especialista na área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica:

- 1ª Identificar as necessidades formativas na área de especialização;
- 2ª Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;
- 3ª Promover a formação em serviço na sua área de especialização;
- 4ª Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde

Técnica Inalatória- Um contributo na melhoria da qualidade dos cuidados

Sumário

- 1- Introdução
- 2- Justificação do Tema:
Resultados dos questionários aplicados aos enfermeiros do SUG
- 3- Via Inalatória- Considerações fisiopatológicas
 - Objetivo da Aerosolterapia: Tipos de Terapêutica Inalatória
 - Farmacocinética daterapêutica inalatória.
- 4- Técnica Inalatória
 - Importância do uso da câmara expansora na biodisponibilidade dos fármacos inalados;
 - Inalador pressurizado VS Nebulização (vantagens e desvantagens)
- 5- Noções de controlo de infeção hospitalar no uso dos dispositivos médicos utilizados na técnica inalatória.
- 6- Bibliografia

Técnica Inalatória- Um contributo na melhoria da qualidade dos cuidados

Introdução:

Um aerossol é uma suspensão de partículas sólidas ou líquidas em gás;

EX: Nevoeiro, o Fumo, a Poeira, os Pólenes....

Na parte clínica, desenvolveram-se aerossóis medicamentosos com ajuda de inaladores, nebulizadores e mesmo atomizadores.

(Wilkins et al, 2009)

Técnica Inalatória- Um contributo na melhoria da qualidade dos cuidados

Esses aparelhos dispersam fisicamente a matéria em pequenas partículas e suspendem-nas num gás, que possa ser inalado.

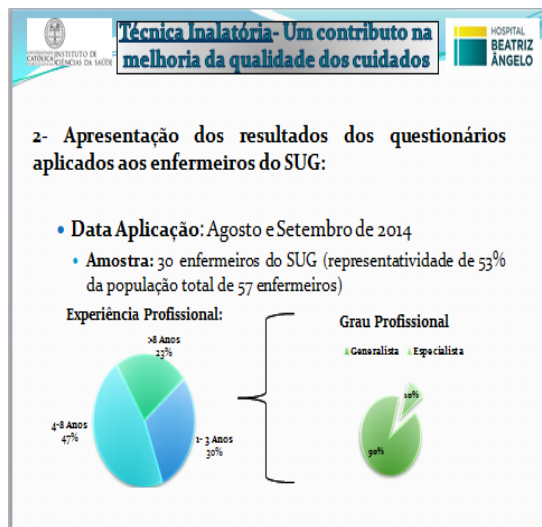
(Wilkins et al, 2009)

No Sec. XIX as empresas desenvolvem vários dispositivos inalatórios, facilitadores dos seu transporte e uso.

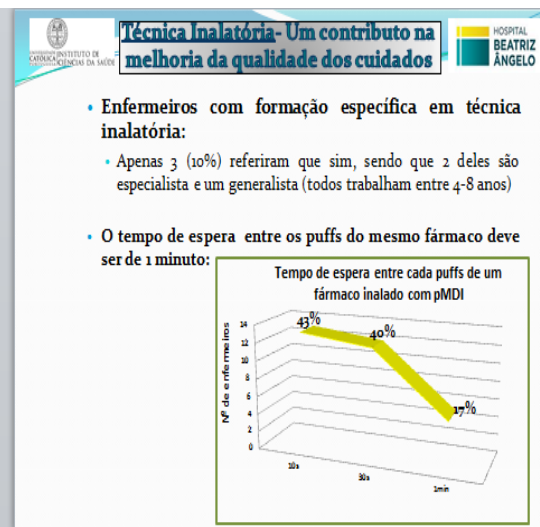
(Fonseca et al, 2013)

O objetivo da terapia com aerossóis é libertar uma dose terapêutica (fármaco) num local de ação desejado (pulmões), oferecendo concentrações locais mais altas, com efeitos sistêmicos mais baixos, comparativamente a outras formas de administração.

(Fonseca et al, 2013)



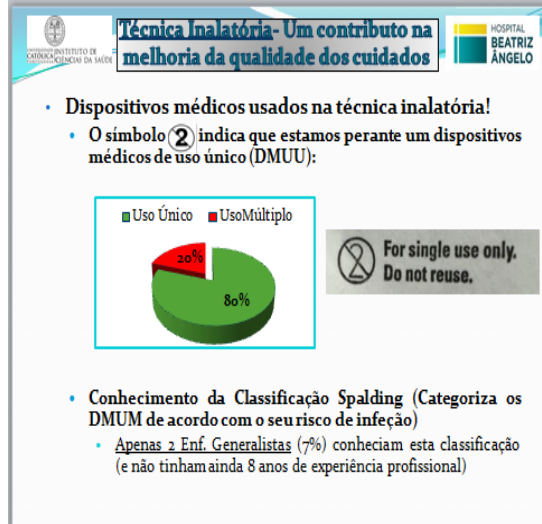
7



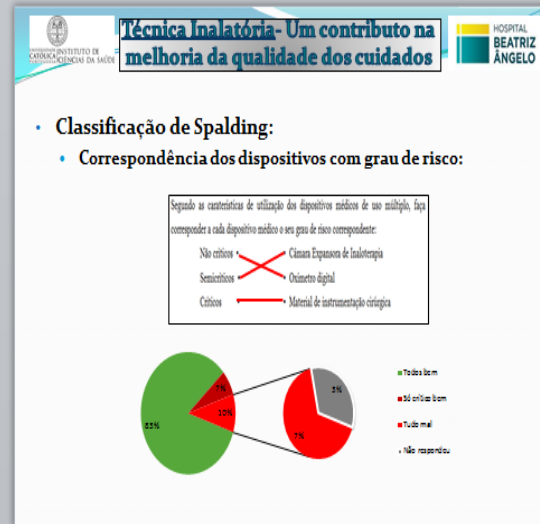
8



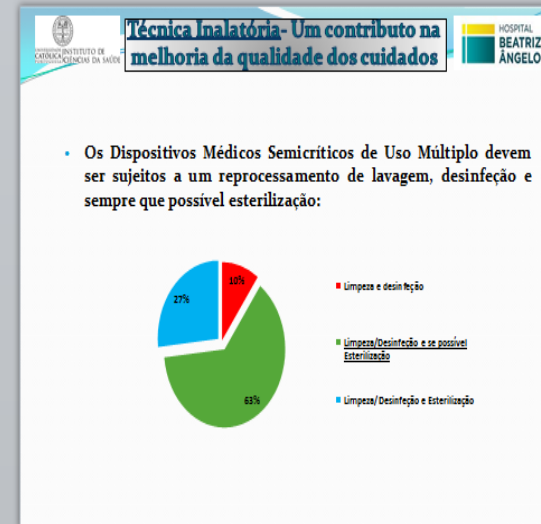
9



10



11



12

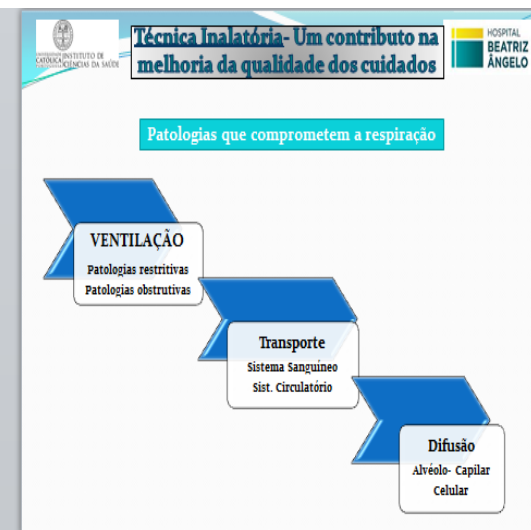
Técnica Inalatória- Um contributo na melhoria da qualidade dos cuidados

3- Via Inalatória: Estruturas Anatômicas

- Via aérea Superior:**
 - Nariz
 - Nasofaringe
 - Orofaringe
 - Faringe
- Via aérea Inferior**
 - Laringe
 - Traqueia
 - Pulmões
 - Brônquios principais (2)
 - Brônquios lobares (5)
 - Brônquios segmentares
 - Bronquíolos
 - Alvéolos (unidade funcional)



13



Técnica Inalatória- Um contributo na melhoria da qualidade dos cuidados

3.1- Terapêutica inalatória- Aerossolterapia:

- Consiste na administração de fármacos diretamente na via aérea em forma de aerossol (Smith & Grose, 2011);
- Favorece a deposição de uma dose terapêutica nas vias aéreas inferiores, maximizando o seu efeito, aumentando a [] local e minimiza a absorção sistêmica, reduzindo os efeitos secundários
- Tem uma **ação broncodilatadora**, traduzindo-se num **relaxamento** da musculatura lisa brônquica permitindo um alívio da dispneia (Fonseca et al 2013)

16

Técnica Inalatória- Um contributo na melhoria da qualidade dos cuidados

3.1- Tipos de Aerossolterapia:

- a) Inalador pressurizado doseável (pMDI) (Pressurized metered dose inhaler)
- b) Inaladores de Pó Seco (DPI) Dry Power Inhalers
- c) Inalador com solução para inalação por nebulização

17

Técnica Inalatória- Um contributo na melhoria da qualidade dos cuidados

a) Inalador pressurizado doseável (pMDI)



Dispositivo pressurizado que liberta uma mistura de dose fixa de um fármaco e propelente através de uma válvula de dose controlada (DGS, 2013)

18

Técnica Inalatória- Um contributo na melhoria da qualidade dos cuidados

HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

2.1- Tipos de Dispositivos para Aerosolterapia :

b) Inaladores de Pó Seco (DPI) Dry Powder Inhalers

- Aeroliser
- Diskus
- Autohaler
- Handihaler
- Turbohaler



19

Técnica Inalatória- Um contributo na melhoria da qualidade dos cuidados

HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

c) Inalação por Nebulização



(Wilkins et al, 2009)

Dispositivo de fácil manuseamento que produzem um aerossol através de um gás pressorizado. (DGS, 2013)

20

Técnica Inalatória- Um contributo na melhoria da qualidade dos cuidados

HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

3-2- Ação Farmacológica da Terapêutica Inalatória usada:

- a) Broncodilatadores Betadrenérgicos -Agonistas
- b) Broncodilatadores Anti-colinérgicos
- c) Anti-inflamatórios esteroides: glucocorticoides

21

Técnica Inalatória- Um contributo na melhoria da qualidade dos cuidados

HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

a) Broncodilatadores Beta2 adrenérgicos-Agonistas:

- Ação curta
 - » Salbutamol

Ação: 5-15 min
Pico: 30-60min
Duração: 5-8h



[In: http://www.dubocquillatnatura.com/info/asthma-aromatizapic-holistic](http://www.dubocquillatnatura.com/info/asthma-aromatizapic-holistic)

22

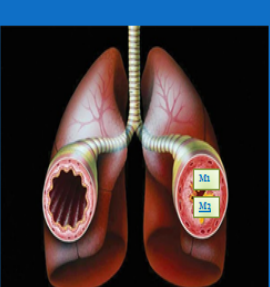
Técnica Inalatória- Um contributo na melhoria da qualidade dos cuidados

HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

b) Broncodilatadores anti-colinérgicos:

- Ação curta:
 - » Brometo de Ipratrópio

Ação: 5-15 min
Pico: 1-2h
Duração: 4-6h



[In: http://www.dubocquillatnatura.com/info/asthma-aromatizapic-holistic](http://www.dubocquillatnatura.com/info/asthma-aromatizapic-holistic)

23

Técnica Inalatória- Um contributo na melhoria da qualidade dos cuidados

HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

c) Anti-inflamatórios esteroides: Glucocorticoides

- Ação Lenta
 - » Beclometasona

Ação: 15 min
Pico: 1-2h
Duração: 4-6h



[In: http://www.dubocquillatnatura.com/info/asthma-aromatizapic-holistic](http://www.dubocquillatnatura.com/info/asthma-aromatizapic-holistic)

24

Técnica Inalatória- Um contributo na melhoria da qualidade dos cuidados

3.2.1- Fatores que influenciam efeito terapêutico do fármaco ao nível pulmonar:

- a) Tamanho das partículas do fármaco
- b) Padrão ventilatório do doente
- c) Características anatómicas via aérea
- d) Técnica inalatória utilizada.

(Rubin, 2010; Barreto et al 2000)

25



26

Técnica Inalatória- Um contributo na melhoria da qualidade dos cuidados

b) Padrão Ventilatório do doente

- Fluxo inspiratório (capacidade inspiratória)
- Padrão do fluxo respiratório (respiração Abd, Tx ou mista)
- A frequência respiratória (polipneia, eupneia, bradipneia)
- Relação entre o tempo inspiratório e expiratório (Normal 1:2)
- Capacidade de sustentar a respiração (prolongar a apneia)

(Wilkins et al, 2009)

27

Técnica Inalatória- Um contributo na melhoria da qualidade dos cuidados

c) Características anatómicas da Via Aérea

- Obstrução brônquica
- Doenças de parênquima pulmonar
- -Distorção da árvore brônquica

(Cordeiro & Menoita, 2012)

28

Técnica Inalatória- Um contributo na melhoria da qualidade dos cuidados

d) Técnica Inalatória

- Varia de acordo com o tipo de inalador;
- É imprescindível adequar o tipo de inalador escolhido com as características da pessoa e o estadio da sua patologia;
- Varia com a capacidade inspiratória da pessoa e dela sustentar a sua respiração;
- Varia com a capacidade cognitiva da pessoa e consequente capacidade de coordenação mão-pulmão

(Wilkins et al, 2009)
(Cordeiro & Menoita, 2012)

29

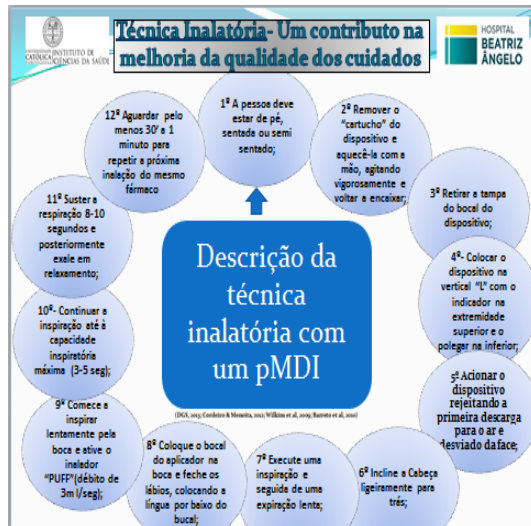
Técnica Inalatória- Um contributo na melhoria da qualidade dos cuidados

4- Técnica inalatória com Inalador pressurizado doseável (pMDI)

- Contém na sua constituição um fármaco em suspensão dissolvido num propelente ou propulsor de gás comprimido sob alta pressão +/-300KPA (Hidrofluorcarbonos- HFA), que quando acionado liberta o fármaco em forma de aerossol (o propelente evapora e torna as partículas do fármaco reduzidas e respiráveis)

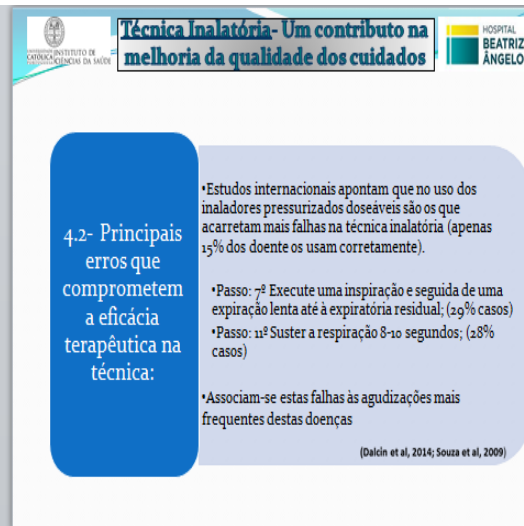
(Smith & Grose, 2011)

30



32

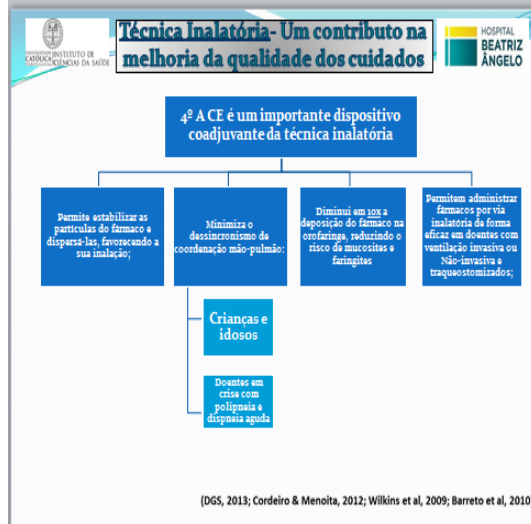
31



32



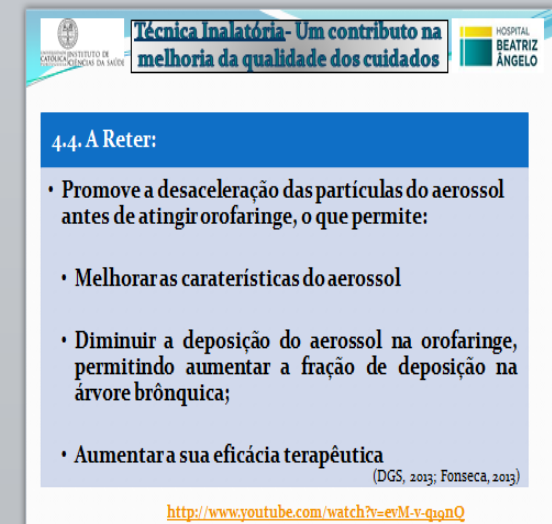
33



34



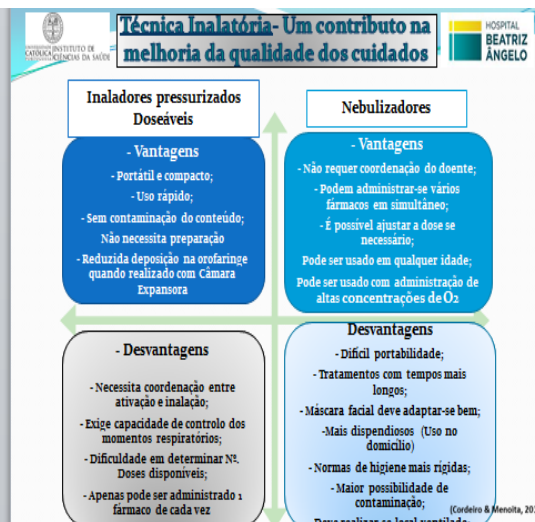
35



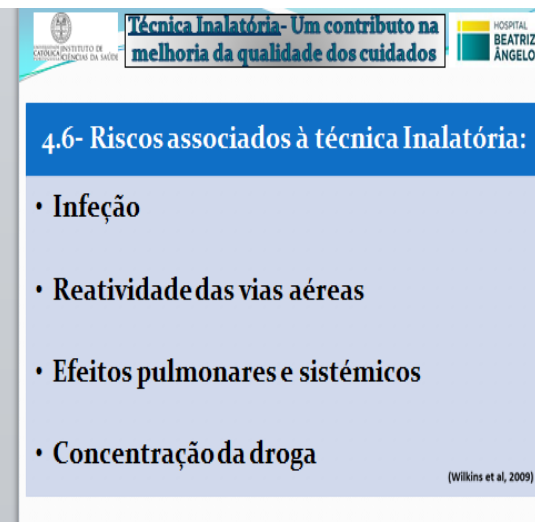
36



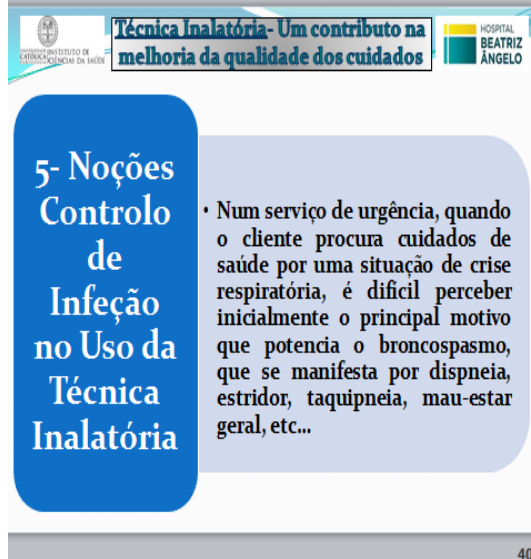
37



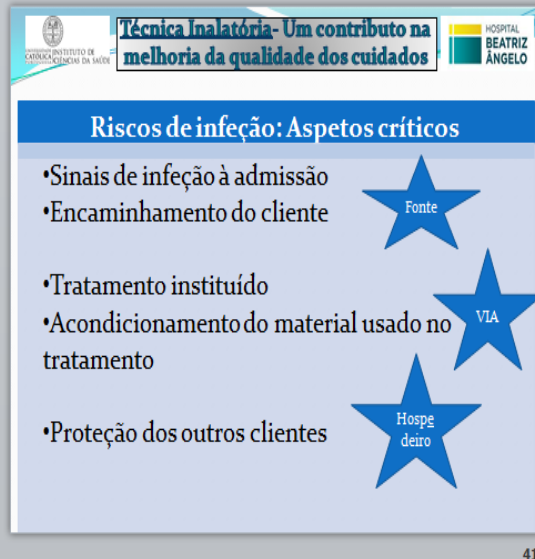
38



39



40



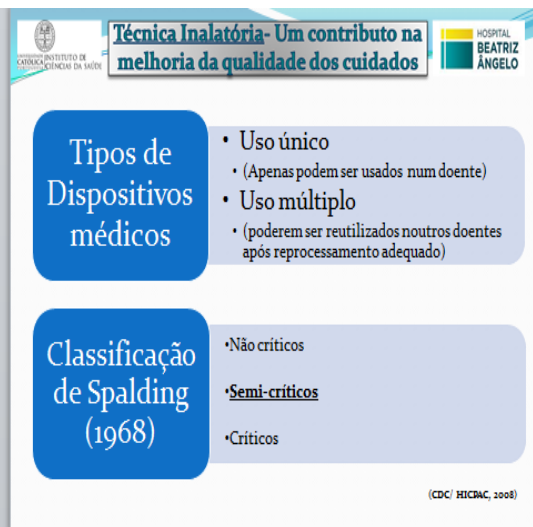
41



42



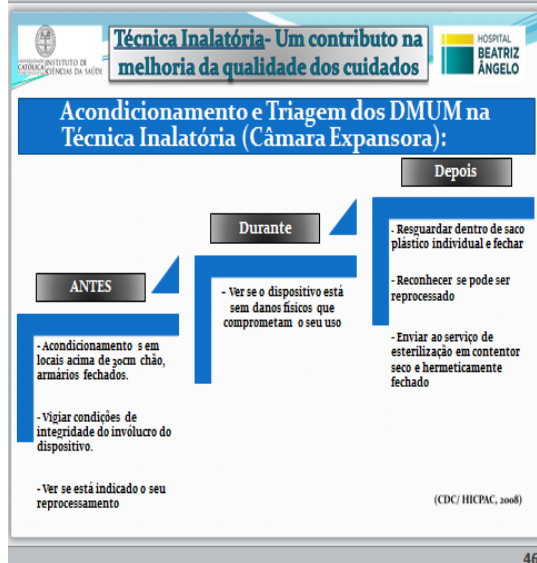
43



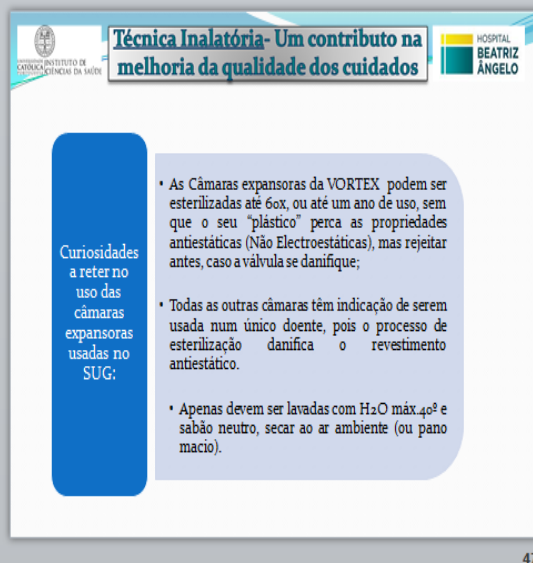
44



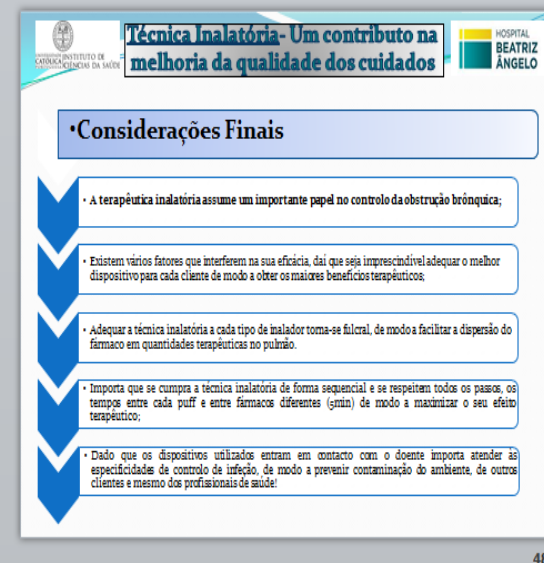
45



46



47



48




Técnica Inalatória- Um contributo na melhoria da qualidade dos cuidados








49



Técnica Inalatória- Um contributo na melhoria da qualidade dos cuidados



6- Bibliografia

- BARRETO, Celeste; PINTO, Paula; FRÖES, Filipe; CRAVO, Paula. Normas/ Guidelines de terapêutica inalatória. IN Revista Portuguesa de Pneumologia, Vol. 4, nº 3 (2000) p.393-404
- CDC/ HICRAC- Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities. 2008. P-158. Disponível internet: http://www.cdc.gov/hicrac/pdf/guidelines/disinfection_nov_2008.pdf
- CORDEIRO, Maria do Carmo; MENCITA, Elza. Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas. Lusocientia: Loures. 2012, ISBN: 978-972-8930-86-8
- ELLIOTT, Deborah; DUNNE, Patrick. Guide to Aerosol Delivery Devices: for Physicians, Nurses, Pharmacists and Other Health Care Professionals. Copyright by American Association for Respiratory Care. 2011, 68p. Disponível internet: <https://www.aarc.org/resources/aarcguidesearch.pdf>
- DALCIN, Paulo de Tarso Roth et al. Fatores relacionados ao uso incorreto dos dispositivos inalatórios em pacientes asmáticos. Jornal Brasileiro de Pneumologia, vol.40, nº.1 (2014), p. 13-20. ISSN 1806-3713.
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS)- Utilização de Dispositivos Simples em Aeronuloterapia. Orientação Nº 10/2013 de 02/08/2013 atualizada a 18/12/2013
- FONSECA, César; Nascimento, Sílvia; SANTOS, Dora. Inaloterapia: Adesão ao Regime Terapêutico. In: A pessoa submetida a ventilação não invasiva, os cuidados de enfermagem no processo de transição. Lisboa, Great Age Press- Investigação e Desenvolvimento. 2013, p.179-191. ISBN: 978-989-98266-01-
- KUBEN, B. Air and soul: the science and application of aerosol therapy. IN Respiratory Care. Vol. 55, nº. 7 (2010), p.911-921
- SMITH, N.; GROSSE, S.- Inhalers: Use of Metered Dose Inhalers and Dry Powder Inhalers. IN Nursing Guide. Vol. 28 (2011) Disponível Internet
- SOUZA, Maria Luísa de Moraes; MENEZES, Andrea Cristina; VIANNA, Elcio Oliveira and BORGES, Marcos Carvalho. Técnica e compreensão do uso dos dispositivos inalatórios em pacientes com asma ou DPOC. Jornal Brasileiro de Pneumologia, vol.35, nº.9, (2009) p. 824-831. ISSN 1806-3713.
- WILKINS, Robert; STOLLER, James; KACIMAREK, Robert. Egan, Fundamentos da Terapia Inalatória. 9ª Edição, Elsevier Editora Ltda: Rio de Janeiro, 2009. ISBN: 978-0-323-03657-3

50

APÊNDICE IV

***Poster elaborado sobre Técnica Inalatória: Intervalo e Sequência na Administração de
Medicação pela Via Inalatória***

Terapêutica Inalatória: Intervalo e Sequência na Administração da Medicação

De forma a maximizar o efeito da terapêutica inalatória, é imprescindível que se cumpra a sequência correta dos medicamentos, por efeito de ação, e se respeitem os tempos entre administrações.

Se tiver prescrito mais do que um inalador, siga a lista abaixo descrita e cumpra a sequência, de modo a providenciar o maior benefício possível ao cliente.

Broncodilatadores Beta₂- Agosnistas

- Ex: Salbutamol (Ventilan®)
- Estes agentes inalatórios promovem a broncodilatação por relaxamento da musculatura lisa dos brônquios.

Agentes Anticolinérgicos

- Ex: Brometo de ipratrópio (Atrovent®)
- Antagoniza a ação da acetilcolina, favorecendo a broncodilatação.
- Apresenta uma ação sistémica mínima.
- Usado habitualmente como tratamento de manutenção em episódios não-agudos.
- Pode ser mais útil do que os broncodilatadores tradicionais na bronquite crónica.

Corticosteroides

- Ex: Beclometasona Beclotade Forte®
- São agentes anti-inflamatórios que tem uma ação variada, usualmente utilizada na manutenção da DPCO;
- Devem ser usados regularmente, pouco efeito no caso de uso único nas agudizações do padrão respiratório.
- Mínima ação sistémica.

Todos Os Inaladores Devem Ser Bem Agitados Antes De Usar!

Broncodilatadores

Esperar um minuto entre cada "PUFF" no caso de estarem prescritas várias inalações do mesmo medicamento



Aguardar 5 minutos antes da administração de outro medicamento

Anticolinérgicos/Atrovent®

Esperar um minuto entre cada "PUFF" no caso de estar prescrito várias inalações do mesmo medicamento



Aguardar 5 minutos antes da administração de outro medicamento

Corticosteroides

Esperar um minuto entre cada "PUFF" no caso de estarem prescritas várias inalações do mesmo medicamento



Após as inalações bochecho a boca com água (não a engula) de modo a prevenir as infeções fúngicas da orofaringe. O uso de uma câmara expansora pode reduzir este efeito secundário.

Adaptado do original: "Guidelines for Completing the Medication Administration Clinical Skills Checklist". Attachmant D: DHSR/AC 4653/D (Rev 10/10) NCDHSS. IN: <http://www.ncdhs.gov/dhsr/acs/pdf/marchecklist.pdf>

Por: Enf.ª João Pedro Gonçalves, 600 Orientação: Enf.ª Clara Peixoto/ Enf.ª Esp. Fernando Sousa e Tutoria: Prof.ª Dr.ª Isabel Rabelas (OUTUBRO/ 2014)

APÊNDICE V

**Ensinos a realizarem ao Cliente e Cuidadores, que recorrem ao SUG, sobre a Técnica
Inalatória de acordo com o tipo de inalador prescrito**

1- Aerossolterapia: Inaladores Pressurizados Doseáveis (pMDI)

- Antes de iniciar a técnica descontraia-a e coloque-se de pé ou opte por uma posição sentada;

- Retire a tampa de proteção do inalador, e agite e aqueça-o com a sua mão (tenha atenção se sente líquido dentro);

- Colocar o inalador na posição vertical (em “L”) segure com o dedo indicador na parte superior do “cartucho”, e o polegar na parte inferior do inalador;



- Na primeira utilização do inalador faça uma descarga para o ar (evite direccionar essa descarga para os olhos);

- Coloque o inalador à frente dos lábios, levante um pouco o pescoço e comece uma inspiração normal seguida de uma expiração forçada (até não ter mais ar nos pulmões);



- Introduza o bucal do inalador na boca, (pondo a sua língua por baixo do mesmo) e feche completamente os lábios, e de seguida **pressione totalmente** o inalador ao **mesmo tempo que inspira de forma lenta e profunda pela boca**, de modo a não conseguir encher mais o “peito” com ar;



- Sustenha a respiração **8 a 10 segundos** com o “peito” cheio de ar, e só depois deite o ar fora lentamente.

- Caso tenha que **repetir este inalador**, por favor **aguarde cerca de 30 segundos a 1 minuto** antes de fazer a inalação seguinte;



- No caso de ter prescrito um outro inalador diferente aguarde pelo menos 5 minutos, de modo a que este faça o seu efeito primeiro.

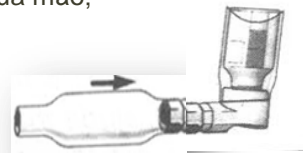
- No final bocheche a boca com água, (de modo a prevenir a irritação da boca e da garganta).

- Lave o bocal do inalador regularmente, ou sempre que esteja visivelmente sujo, com água corrente e detergente (da loiça), e seque com um pano limpo.

- Cumpra o horário dos inaladores conforme prescrição e mantenha-os guardados num local fresco e seco, fora do alcance de crianças. Tenha atenção quando agita e não sentir líquido dentro, pois possivelmente o medicamento acabou e necessita adquirir outro.

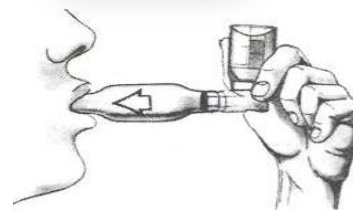
2- Inaladores Pressurizados Doseáveis (pMDI) + Câmara Expansora

- Antes de iniciar a técnica descontraia-a e coloque-se de pé ou opte por uma posição sentada;
- Retire a tampa de proteção do inalador, e agite e aqueça-o com a sua mão;
- Conectar o inalador à entrada da câmara expansora;



- Colocar o inalador na posição vertical (em “L”) segure com o dedo indicador na parte superior do “cartucho”, e o polegar na parte inferior do inalador;

- Na primeira utilização do inalador faça uma 1ª descarga antes de começar a técnica;



- Colocar o bocal da câmara expansora na boca (pondo a sua língua por baixo do mesmo) e fechar bem os lábios, de modo a selar a entrada de ar (no caso de usar a câmara expansora com máscara, certifique-se que esta fica bem selada à face);

OU

- Levante ligeiramente o pescoço, e quando começar a inspirar pressione totalmente o inalador 1x, e sem retirar da boca a câmara expansora, respire 5 a 10 vezes de forma lenta e regular;



- Repita o processo anterior caso tenha prescrito mais inalações do mesmo inalador;

- No caso de ter prescrito um outro inalador diferente aguarde pelo menos 5 minutos antes de o realizar;

- No final bocheche a boca com água, (de modo a prevenir a irritação da boca e da garganta).

- Limpe a sua câmara expansora pelo menos 1x por semana, desmontando-a, e coloque as suas peças submersas em água morna e detergente neutro (ex. líquido da loiça) durante 15 minutos. Sem as esfregar, enxagúe com água limpa e deixe-as secar ao ar (**Nunca as esfregue ou seque com panos**, para não se danificarem);

- Nunca use a câmara expansora enquanto esta estiver húmida ou se encontrar danificada.

- Substitua a câmara expansora sempre que esta se apresente danificada ou pelo menos todos os anos.

3- Aerossolterapia com Sistema de Nebulização

- Prepare o medicamento conforme a prescrição médica, colocando-o no copo do nebulizador;
- Mantendo o copo na vertical, conecte à extremidade inferior o cabo que vem do nebulizador, e adapte a máscara, ou o bucal, na parte superior;
- Coloque-se sentado(a) confortavelmente, e adapte bem a máscara à sua face, de modo a que não se desloque (ou coloque o bucal na boca, e feche bem os lábios) e ligue o nebulizador;



- Respire sempre pela boca, e de uma forma lenta e regular durante a nebulização;
- Caso tenha necessidade de interromper o tratamento, desligue o nebulizador;
- Durante a nebulização agite ligeiramente o copo para misturar o medicamento, e permitir que o medicamento seja todo aproveitado;
- A nebulização deve terminar após 10-15 minutos, ou logo que já não produza “vapor” na máscara;



- No final da nebulização desligue o nebulizador e desconecte o cabo do circuito de ar do copo nebulizador, e guarde-o para uma próxima utilização (fora do alcance das crianças) num local seco;
- A máscara/ bucal e o copo da nebulização devem ser desmontados (cuidado em não perder nenhuma peça) e lavados com água quente e detergente neutro (ex. líquido da loiça), e de seguida enxagúe com água limpa (pode ainda optar por lavar estas peças na máquina da loiça, na prateleira superior num programa de 50°C);
- Coloque-os sobre um pano limpo e deixe-os secar ao ar, ou limpe-os com um pano limpo sem fios/ guardanapo de papel e guarde-o num local limpo e seco, até à próxima utilização;
- Pelo menos 1x por semana deverá desinfetar essas peças com água a ferver durante 20 minutos ou desinfetar com Álcool Etílico a 70° (depois não necessita de secar);



NOTA: No caso de estar a fazer uma nebulização com um antibiótico, o sistema nebulizador tem um filtro, que deve ser substituído de 24/24h.



4- Aerossolterapia: Inaladores de Pó Seco

4.1 Inalador de Pó Seco Unidose

Aerolizer®: O cliente deve ser orientado a:

1. Retire a tampa do bocal.
2. Segure a base do inalador e torcer contra o bocal no sentido horário.
3. Retire cápsula do blister folha imediatamente antes da utilização.
4. Colocar a cápsula na câmara na base do inalador.
5. Segure a base do inalador e transformá-lo no sentido horário para fechar.
6. Pressione simultaneamente os dois botões, a fim de perfurar a cápsula.
7. Mantenha a cabeça na posição vertical.
8. Não expire para dentro do dispositivo.
9. Segure o dispositivo horizontal, com os botões à esquerda e à direita.
10. Coloque o bocal na boca e lábios perto firmemente em torno do bocal.
11. Inspire rapidamente e tão profundamente quanto possível.
12. Remova o bocal da boca e prender a respiração por 10 segundos (ou o tempo tão confortável).
13. Não exale para dentro do dispositivo.
14. Abra a câmara e examinar a cápsula; se houver pó restante, repetir o processo de inalação.
15. Após o uso, retire e descarte a cápsula. Não guarde a cápsula na Aerolizer.
16. Feche o bocal e recoloque a tampa.
17. Guarde o aparelho em um local fresco e seco.

HandiHaler®: O cliente deve ser orientado a:

1. Retire o papel alumínio e retire uma cápsula imediatamente antes de usar o HandiHaler.
2. Abra a tampa de proteção, puxando-o para cima.
3. Abra a porta-voz.

4. Colocar a cápsula na câmara de centro; Não importa qual a extremidade é colocada na câmara.
5. Feche o bocal firmemente até ouvir um clique; deixar a tampa de proteção aberta.
6. Segure o HandiHaler com o bocal para cima.
7. Pressione o botão de perfuração uma vez e solte; isto faz com orifícios na cápsula e permite a medicação para ser liberado quando você inala.
8. Expire longe do HandiHaler.
9. Coloque o bocal na boca e lábios perto firmemente em torno do bocal.
10. Mantenha a cabeça na posição vertical.
11. Respire a uma taxa suficiente para ouvir a vibração da cápsula, até que os pulmões estão cheios.
12. Remova o bocal da boca e prender a respiração por 10 segundos (ou enquanto confortável).
13. Expire longe do HandiHaler.
14. Repita a inalação do HandiHaler.
15. Abra o bocal, remova a cápsula usada, e descarta-la. Não guarde em cápsulas o HandiHaler.
16. Feche a tampa do bocal e da poeira para o armazenamento do HandiHaler.
17. Guarde o aparelho em um local fresco e seco.

Informação para incorporar o “**Guia de Ensino aos Clientes e Cuidadores/ Família**” transversal a todos os serviços do Hospital Beatriz Ângelo, com a finalidade de evidenciar uma intervenção de orientação que contribui para a adesão ao regime terapêutico após a alta da Unidade Hospitalar, sendo também uma importante área no reconhecimento a acreditação da Qualidade pela entidade Joint Commission International.

Elaborado Por: Enf.º João Pedro Afonso Gonçalves

Orientação: Enf.ª Clara Peixoto e Enf.º Especialista Fernando Sousa

Tutora: Prof.ª Doutora Isabel Rabiais

APÊNDICE VI

**Sessão de Formação aos enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos/ Intermédios
sobre as Intervenções de Enfermagem no Controlo do Stress à Família da Pessoa
Doente em Situação Crítica- Revisão Integrativa da Literatura**



CATOLICA
INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

*Mestrado de natureza profissional na área de
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica*



**HOSPITAL
BEATRIZ
ÂNGELO**

Intervenções de Enfermagem no Controlo do Stress da família da pessoa doente em situação crítica - Revisão Integrativa da Literatura-

*Sessão de Formação em Serviço aos Enfermeiros
da Unidade Cuidados Intensivos/ Intermédios*

Formador: Enf^o João Gonçalves
(Estudante da Especialidade EMC)

Orientação: Enf^a Esp. Joana Marques

Tutoria: Prof^a. Dr^a. Isabel Rabiais


Lisboa, 17 e 19 de Dezembro de 2014

Roteiro de Apresentação


- 1- Contextualização
- 2- Conceitos Centrais:
 - Cuidar da Família da pessoa doente em situação crítica;
 - Stress psicológico da família
 - Intervenções de Enfermagem
- 3- Descrição Metodológica
- 4- Resultados
- 5- Conclusões
- 6- Bibliografia

Contextualização
Conceitos Gerais
Descrição Metodológica
Resultados
Conclusões

- Vivenciar uma situação de doença envolve um leque de sentimentos e vivências por parte da pessoa doente, assim como da rede social onde esta se insere, mais concretamente a sua família, sentimentos de ansiedade, angústia, sofrimento, desespero, e que se traduz num acontecimento de grande stress que nenhum dos intervenientes consegue mascarar, dada a vulnerabilidade e a falta de recursos para saberem lidar com esta nova situação.
- Quando a pessoa doente se encontra em situação crítica estes sentimentos atingem níveis mais elevados, principalmente nos seus familiares, pois os sintomas de gravidade que apresenta a pessoa doente potenciam ainda mais stress e encontram-se mais referenciados nos serviços de urgência e nas unidades de cuidados intensivos.



Contextualização
Conceitos Gerais
Descrição Metodológica
Resultados
Conclusões



Concordamos com Meleis (2010) quando assume que numa transição situacional de saúde doença, o próprio enfermeiro se assume como elemento facilitador, potenciando um acompanhamento contínuo de suporte para uma transição saudável (agir com tal intencionalidade neste processo assume grande importância no cuidar em enfermagem).

Contextualização
Conceitos Gerais
Descrição Metodológica
Resultados
Conclusões




A Família

- A Família é definida como um "Grupo: unidade social ou todo colectivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes". CIPE (2011:115)

Entra na definição consensual de família as **pessoas significativas**, ou seja, que **não têm laços de consanguinidade**, mas que com elas a Pessoa doente estabelece laços de "afinidade" e/ ou "relações emocionais ou legais".

Contextualização
Conceitos Gerais
Descrição Metodológica
Resultados
Conclusões



Cuidar da Família da pessoa doente em situação crítica

Cuidar da pessoa em situação crítica implica também cuidar da sua família, como considera Pacheco (2012) uma vez que o equilíbrio desta é fundamental para apoiar o seu familiar.


Neste sentido reitera Vieira (2009) que os cuidados de enfermagem devem ir de encontro às necessidades atuais dos indivíduos, família e comunidade, que se encontra em constante interação e transformação.

Contextualização Conceitos Gerais Descrição Metodológica Resultados Conclusões

Consideramos que a família encontra-se numa situação de grande vulnerabilidade

- 1º- Pela incerteza da doença do seu familiar;
- 2º- Pela dificuldade em gerir as suas próprias emoções face ao internamento;
- 3º- Pela angústia da transformação do seu ente querido;
- 4º- Pela dificuldade em comunicar com o mesmo assim como com a equipa de saúde;
- 5º- Pela dificuldade em processar e interiorizar todo o plano terapêutico.

Contextualização Conceitos Gerais Descrição Metodológica Resultados Conclusões




O STRESS pode ser entendido como “sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente, sentimento de desconforto, associado a experiências desagradáveis, associado à dor, sentimento de estar física e mentalmente cansado, distúrbio do estado mental e físico do indivíduo”. CIPE (2011:77)

Contextualização Conceitos Gerais Descrição Metodológica Resultados Conclusões

A repercussão do nível do Stress, no indivíduo depende:

- Do modo como este avalia a situação na qual se encontra inserido;
- Da percepção de que é detentor do controlo da situação ou não;
- Do próprio apoio que dispõe mediante as suas necessidades.

Serra (2007)



Contextualização Conceitos Gerais Descrição Metodológica Resultados Conclusões

Intervenções de Enfermagem

A intervenção dos enfermeiros resulta de um compromisso profissional, que visa a preservação da dignidade e da liberdade humana. **Vieira (2009)**


Legisla o artigo 9.º do REPE (OE, 2012) que as intervenções de enfermagem consideram-se **autónomas e interdependentes**, realizadas pelos enfermeiros mediante as suas respetivas qualificações profissionais;

O artigo 78.º do Código Deontológico do Enfermeiro clarifica que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.” (OE, 2012:13)




Contextualização Conceitos Gerais Descrição Metodológica Resultados Conclusões

As intervenções de enfermagem materializam-se no cuidado, que é prestado em relação entre o enfermeiro e uma Pessoa, que se reveste de uma complexa componente ética, dada a condição humana dos intervenientes.



“No centro desta relação encontra-se a proteção da vida humana, cabendo ao enfermeiro, agir no sentido de promovê-la, defendê-la e ajudar a resolver os problemas de saúde que a ponham em risco ou a afetem. Quando tal já não é possível, continua a constituir dever do enfermeiro manter a relação de cuidado no acompanhamento de um processo de morte serena (...).” Deodato (2008:21)

Contextualização Conceitos Gerais Descrição Metodológica Resultados Conclusões

Percurso Metodológico

Revisão Integrativa da Literatura

Orientação metodológica preconizada por Mendes et al (2008)

Pergunta de Partida:

“Quais as intervenções de enfermagem no controlo do Stress da família da pessoa doente em situação crítica?”

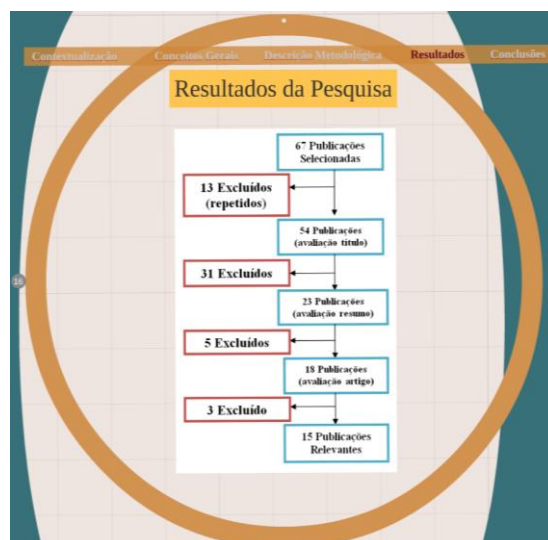
Contextualização	Conceitos Gerais	Descrição Metodológica	Resultados	Conclusões
Descritores de pesquisa:				
EBSCOhost- Research Databases,	Cinahl® withFullText	Medline® withFullText	Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive.	
Descritores	CINAHL Headings	MeSH	Subjects	
Intervenções de Enfermagem	Nursing Interventions, Nurses attitudes	Nursing, Nursing Process, Evidence-Based Nursing	Nursing	
Stress	Stress, Stress Psychological			
Família	Family, Caregivers,	Family, Family Health	Family	
Pessoa Situação Crítica	Critically Ill Patients, Emergency patient, Critical Care Nursing	Critical care Critical Care Nursing	Critical Care Nursing	

Quadro 1- Descritores das bases de dados dos termos em estudo.

(Nursing Interventions OR Nurse Attitudes OR Nursing OR Nursing Process OR Evidence-Based Nursing) AND (Family OR Caregivers OR Family Health) AND (Stress OR Stress psychological) AND (Critically Ill Patients OR Emergency Patients OR Critical Care OR Critical Care Nursing) NOT (Pediatrics OR Child*)

Contextualização	Conceitos Gerais	Descrição Metodológica	Resultados	Conclusões
<h2>Limitadores de Pesquisa</h2>				
<p>- Pesquisa de artigos num universo temporal dos últimos 5 anos, ou seja, entre o ano 2008 e Novembro 2014;</p> <p>- Considerar os estudos que se encontram disponíveis nas bases de dados selecionadas em texto completo.</p>				
<h2>DATA DA PESQUISA: 19 de Novembro de 2014</h2>				

Contextualização	Conceitos Gerais	Descrição Metodológica	Resultados	Conclusões
CrITÉRIOS de Inclusão e Exclusão				
CrITÉRIOS	Seleção	Exclusão		
Tipo de população alvo	- Famílias de pessoas doentes em situação crítica; - Pessoas doentes em situação crítica que os seus familiares vivenciam sentimentos de stress.	- Famílias de Pessoas doentes que não estão em situação crítica; - Pessoas doentes em situação crítica que os seus familiares não vivenciam sentimentos de stress.		
Tipos de intervenções	Intervenções de Enfermagem	De outros grupos profissionais		
Tipos de resultados	Identificação das intervenções de enfermagem no controlo do stress da família da pessoa em situação crítica.			



Contextualização	Conceitos Gerais	Descrição Metodológica	Resultados	Conclusões
Bases de Dados				
CINAHL® withFullText	37	55,2		
Nursing and Allied Health Literature	17	25,4		
MEDLINE® withFullText	13	19,4		
Total	67	100		

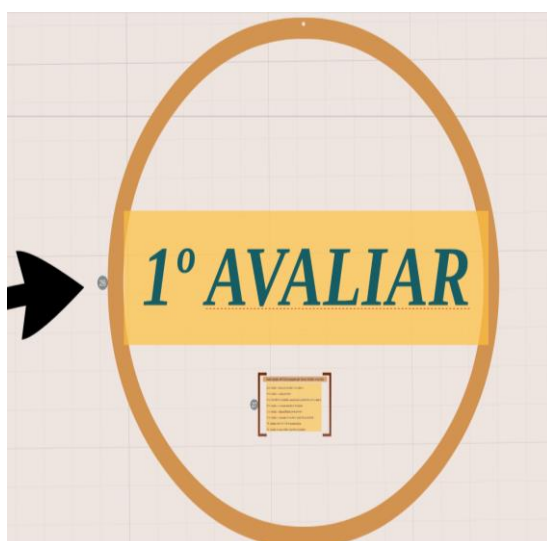
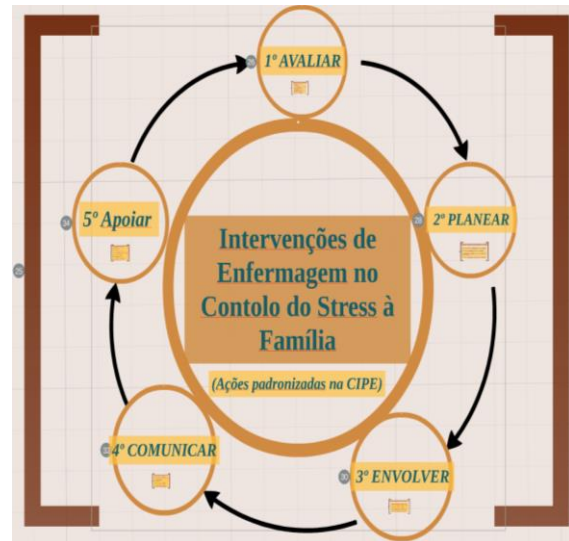
Contextualização	Conceitos Gerais	Descrição Metodológica	Resultados	Conclusões			
Estudo	Título	Autores	Revista	Ano	Metodologia	Objetivo	Amostra
E1	The EPIC Family Bundle and its effect on stress and coping of families of critically ill trauma patients	Korog, Sandra J.; Sub, Mary Lee; Ryan, Jacqueline Fowler	Applied Nursing Research	2013	Quantitativa - Quase Experimental	O objetivo principal deste estudo foi avaliar a eficácia de uma intervenção baseada na evidência por enfermeiros de cuidados intensivos para ajudar as famílias de pacientes vítimas de trauma em lidar com o stress e a ansiedade a seguir a uma cirurgia de emergência.	34 famílias de doentes em situação crítica. 30 famílias no grupo de controlo e 4 famílias a quem foi aplicada a intervenção EPIC.
E2	Factors affecting stress experienced by caregivers of critically ill patients: implications for nursing practice	Perrone, Ellen; Collins, Aaron; Kennedy, Catherine; Smith, Linda; Latham, Deborah; Warren, Victoria; Freeman, Bradley D.	Intensive & Critical Care Nursing	2014	Qualitativa - entrevistas semi-estruturadas	Em estudo exploratório, autores de entrevistas baseadas em casos hipotéticos em que se exigiu uma tomada de decisão, a percepção das famílias sobre a qualidade de resposta e o grau de decisão relatado com o atendimento dos seus familiares em cuidados intensivos de modo a caracterizar o seu stress e identificar os aspetos pessoais, sociais e os cuidados relacionados com os fatores que influenciam o stress.	24 entrevistas a familiares jovens, significativamente respondendo pelo trabalho de decisão relacionado com o atendimento dos seus familiares em cuidados intensivos.
E3	Implementation practices for nursing care provided to clients in intensive care unit	Das Neves, Magesa; Cordeiro, Rigoberto; Adriano, Roberto; Pires, Fabiana; Pires, Maria; Lacerda, Sônia; Silva, Maria Lucia	Enfermagem Brasil	2012	Revisão Integrativa da Literatura	Analisar e descrever as práticas de implementação da assistência de enfermagem prestada aos doentes em UTI.	6 artigos selecionados dentro do universo de 268 encontrados.
E4	The effect of nurse facilitated family participation in the psychological care of the critically ill patient	Black-Pedder, Beers; Jansz, E. P.; Tjebk, Kader	Journal of Advanced Nursing	2011	Quantitativa	De acordo com a implementação do modelo de intervenção de cuidados de enfermagem por enfermeiros, a família e a participação da família nos processos de tomada de decisão crítica no cuidar psicológico no período de 24 horas após a admissão e a influência na recuperação psicológica da pessoa após a fase crítica de sua doença.	De uma total de 170 doentes em situação crítica, foram selecionados para o estudo - 83 no grupo controle e 87 no grupo de intervenção.
E5	Providing end-of-life care to the intensive care unit: how the support in nurse professionalization	Brown, Melissa J.; O'Connor, Margaret	Intensive Nursing Journal	2012	Qualitativa - entrevistas	Descobrir como a enfermagem apoiar os membros da família durante e depois da morte de um familiar em uma unidade de cuidados intensivos.	Utilizando o grupo focal para descobrir como a enfermagem apoiar os membros da família durante e depois da morte de um doente numa unidade de cuidados intensivos.
E6	Family witnessed resuscitation - experience and attitudes of German intensive care nurses	Kühnert, J.; Baltes, A.; Baltes, G.; Baltes, J.	Nursing in Critical Care	2010	Quantitativa	Explorar as experiências e atitudes dos enfermeiros de cuidados intensivos em relação com a família que assiste a resuscitação de um familiar.	168 enfermeiros de cuidados intensivos que preencheram um questionário sobre o tema.
E7	"Open Hospital" as emergency department: narrative review of literature	Ramirez, David; Gomez, Vilma; Cruz, Jose; Fajardo, Mabel; Valenzuela, Carlos	SCINABO: Official Indian Journal of ASHET	2014	Revisão Integrativa da Literatura	Qual a prática atual em relação a presença de membros da família de doentes críticos admitidos nos serviços de urgência.	12 artigos selecionados da revisão da literatura.
E8	Facilitated Symptom Management and the Middle-Range Theory in Support Families of Intensive Care Unit Patients	Derthick, Judy E.	Critical Care Nurse	2010	Qualitativa	Descobrir como enfermeiros facilitam a criação de significado, uma vez que a morte de um doente que causa stress as famílias de pacientes internados em UTI.	Dois de uma teoria de modelo teórico baseado na observação e experiência de cuidar de pacientes em cuidados intensivos em UTI.

Contextualização	Conceitos Gerais	Descrição Metodológica	Resultados	Conclusões			
E9	Critical care nurses' perceptions of family emotional involvement in the English of health studies.	De Bate J., Madsen M. M.	Africa Journal of Nursing & Midwifery	2012	Quantitativo- descritivo	Os objetivos do estudo foram conhecer a percepção de enfermeiros de cuidados intensivos em relação à PER, descrever os fatores que contribuem para essa percepção, e fazer recomendações para a implementação de PER em um hospital em KENYA.	70 enfermeiros de unidades intensivas foram questionados sobre a sua percepção sobre familiares envolvidos à assistência.
E10	Participation and support in intensive care as experienced by close relatives of patients in a geriatricological study.	Bloom Rose, Christina Gertzen, Jennifer Johansson, Jennifer	Journal of Critical Care Nursing: The Official Journal of The British Association Of Critical Care Nurses	2013	Qualitativo- Etnográfico- Etnografia	Explorar a participação e apoio etnográfico familiares próximos de doentes internados em unidades de cuidados intensivos.	7 entrevistas e familiares próximos de doentes internados em unidades de cuidados intensivos.
E11	Meeting the needs of patients' families in intensive care units.	Khalafalla, Rania	Nursing Standard	2014	Serviço de Literatura	Identificar as intervenções de enfermagem eficazes destinadas a melhorar a qualidade de familiares de doentes internados em unidades de cuidados intensivos.	18 artigos analisados.
E12	Death, dignity and self-perceptions: the emotional impact of caring for patients of the critically ill in the adult intensive care.	Stacy LC	Journal of Clinical Nursing	2009	Qualitativo- Etnográfico- Etnografia	Explorar as percepções dos enfermeiros face ao cuidar de familiares de doentes críticos em unidades de cuidados intensivos.	Entrevistas a 12 enfermeiros que trabalham em unidades de cuidados intensivos.
E13	Family-centered care: meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness.	Decker, Judy E	Critical Care Nurse	2009	Qualitativo- Descritivo	1. Identificar 3 resultados psicológicos adversos de familiares de pacientes em UCI; 2. E avaliar sua eficácia face a essas categorias de necessidades que evidenciam as famílias dos doentes em situação crítica; 3. E avaliar os métodos de assistência à família na investigação qualitativa e de técnicas de família no qual.	Serviços de literatura de apoio à família que visam como as famílias dos pacientes se adaptam a doentes críticos de sua unidade.
E14	Health-related behaviors of family caregivers during patients' stay in intensive care units: a pilot analysis.	By El-Touk Chai, Leila A. Barthelemy, Richard Schick, Doreen M. Michael, Douglas, Barbara Glick, Paula K. Sheward.	American Journal Of Critical Care: An Official Publication, American Association Of Critical Care Nurses	2013	Qualitativo	Explorar as experiências de risco dos cuidadores familiares associados à prestação de assistência de cuidados aos doentes internados em unidades de cuidados intensivos.	40 entrevistas e familiares de doentes internados em unidades de cuidados intensivos que sofreram submissão a avaliação de risco a um período superior a 4 dias.
E15	Informational coping style and depressive symptoms in family doctors workers.	Richards KL, LeBlond R, Douglas LC, Giesberg JH	American Journal Of Critical Care: An Official Publication, American Association Of Critical Care Nurses	2010	Qualitativo- Descritivo	Descrever os padrões de acordo com as características demográficas e de informação sobre estilos de coping em doentes internados em unidades de cuidados intensivos.	Análise de 235 familiares representativos logo para tomada de decisão de pacientes com delírio agudo que permaneceram de 3 dias ou mais de unidades de cuidados intensivos.

Tabela 1 - Apresentação dos estudos selecionados

Tabela 1 - Apresentação dos estudos selecionados

Momentos sensíveis à intervenção da enfermagem no controlo do Stress da família da pessoa em situação crítica



Intervenções de Enfermagem que visam Avaliar a família

- 33%- Avaliar o Stress do prestador de cuidados
- 33%- Avaliar o coping familiar
- 20%- Identificar na família a pessoa mais significativa para o doente
- 20%- Avaliar as crenças espirituais da família
- 13%- Avaliar a disponibilidade para aprender
- 13%- Avaliar a aceitação do estado de saúde do seu familiar
- 7%- Avaliar estilos de vida da pessoa doente
- 7%- Avaliar as capacidades cognitivas da família

2º PLANEAR

Intervenções de Enfermagem que visam um planeamento para cada família

47%- *Planear cuidados de enfermagem centrados na família;*

40%- *Planear um atendimento singular a cada família;*

27%- *Referenciar as famílias para grupos de apoio social, espiritual e religioso;*

20%- *Planear intervenções que visem o bem-estar da família.*

3º ENVOLVER

Intervenções de Enfermagem que visam Envolver a Família no Cuidar

53%- Estabelecer uma relação empática e de confiança com a família;

47%- Facilitar e promover o envolvimento da família nos cuidados ao doente;

47%- Envolver a família no processo de tomada de decisão;

33%- Facilitar a capacidade da família para desempenhar um novo papel;

27%- Encorajar a família a interagir física e verbalmente com o doente;

20%- Proporcionar à família privacidade para estar com o doente.

4º COMUNICAR

Intervenções de Enfermagem que visam Comunicação com a Família

53%- Comunicar de forma aberta e efectiva com a família;

33%- Informar a família relativamente aos cuidados e tratamento do doente;

33%- Facilitar a comunicação com a família;

33%- Promover a escuta ativa;

27%- Ajudar família a entender, aceitar e enfrentar a doença;

20%- Optimizar ambiente do doente para receber a sua família;

20%- Validar com a família a clarificação da comunicação;

13%- Informar a família sobre o ambiente que rodeia o doente.

5º Apoiar



Intervenções de Enfermagem que visam Apoiar e dar Suporte à Família

- 47%- Apoiar a família/ prestadores de cuidados;
- 40%- Confortar a família;
- 33%- Providenciar apoio emocional e espiritual;
- 33%- Facilitar à família capacidade desta expressar sentimentos;
- 33%- Promover mecanismos de coping;
- 20%- Facilitar a flexibilidade das visitas;
- 13%- Preparar a família para a morte iminente;
- 20%- Apoiar a família após a morte do seu familiar.

Conclusão

- Cuidar da família da pessoa em situação crítica é um desafio para as equipas de enfermagem;
- Por ser o enfermeiro o principal profissional que mais tempo passa junto do doente é o que assume maior responsabilidade em conhecer e cuidar da família da pessoa em situação crítica;
- Não existe um leque de intervenções pré-definidas na literatura que comprovem o controlo do stress da família da pessoa em situação crítica, mas um sequenciar destas ação-intervenção comprovou que diminuiu o stress (ansiedade, medo, depressão) e que são promotora do coping familiar;
- Deve ser preocupação dos enfermeiros atender às famílias que experienciam estes acontecimentos e ajudá-las também neste processo de transição e de adaptação (coping);

- Estas intervenções de enfermagem identificadas na literatura são também descritas como promotoras da humanização do cuidar em enfermagem, e que trazem importantes ganhos para a saúde prevenindo stress pós-traumático e lutos patológicos;

- Como forma de validação destas intervenções de enfermagem no controlo do stress dos familiares da pessoa em situação crítica sugere-se a sua aplicabilidade utilizando escalas de stress (ansiedade ou depressão) antes da implementação desta abordagem de enfermagem baseada em evidência científica e uma outra no final do contacto com a família (alta, transferência ou morte da pessoa doente), de modo a validar a sua eficácia.



Obrigado!

Contacto com autor: enfjpedro@gmail.com

BIBLIOGRAFIA

- BLACK, P., BOORE, J. R. & PARAROO, K. The effect of nurse-facilitated family participation in the psychological care of the critically ill patient. *Journal of Advanced Nursing* 37, 1084-1091 (2001).
- BLUM, R., GASTON-SOON, C. & SZENDLER, A., Johnson. Participation and support in intensive care as experienced by close relatives of patients - A phenomenological study. *Intensive & Critical Care Nursing* 29, 1-8 (2013).
- BLOOMER, M. J. & O'CONNOR, M. Providing end-of-life care in the intensive care unit: Issues that impact on nurse professionals. *Singapore Nursing Journal* 39, 25-39 (2012).
- CPIR Versão 2- CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros, 2011. ISBN: 978-92-95964-52-2.
- DAS MENEZES, M. C., Rigaud, J., Bahia, PINTO, F., Passos, Sousa, I. & Silva Sever, M. I. Humanization practices in nursing care provided to clients in intensive care unit (Portuguese). *Enfermagem Global* 11, 365-372 (2012).
- DAVIDSON, J. Family centered care: meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness. *Critical Care Nurse* 29, 28-35 (2009).
- DAVIDSON, J. Facilitated Semistructured A Strategy and New Middle-Range Theory to Support Families of Intensive Care Unit Patients. *Critical Care Nurse* 30, 28-39 (2010).
- DEBATES, Sérgio. Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade. *Condição Médica* 2008, p. 104. ISBN 978-972-46-3081-9.
- DE BEEK, J. & MOEFKE, M. M. Critical Care Nurses' Perceptions Of Family Witnessed Resuscitation In The Kingdom Of Saudi Arabia. *Africa Journal of Nursing & Midwifery* 14, 105-115 (2012).
- EVERTSON, E. et al. Factors affecting stress experienced by surrogate decision makers for critically ill patients: Implications for nursing practice. *Intensive & Critical Care Nursing* 30, 77-85 (2014).
- HICKMAN, R., Jr., DALY, B., DOUGLAS, S. & CLOCHESKY, J. Families in critical care: Informational coping style and depressive symptoms in family decision makers. *American Journal of Critical Care* 19, 439-439 (2009).
- PEYTON-Chen et al. HEALTHWORK: HEALTHWORK IN FAMILY CAREGIVERS DURING PATIENTS' STAY IN INTENSIVE CARE UNITS: A PILOT ANALYSIS. *American Journal of Critical Care* 22, 41-41 (2013).
- KNAAPP, S., J., Soile, M., Lee & Rivers, J., Fendler. The EPIC's Family Bundle and its effects on stress and coping of families of critically ill intensive patients. *Applied Nursing Research* 36, 16-17 (2013).
- KUALAJALA, A. Meeting the needs of patients' families in intensive care units. *Nursing Standard* 28, 37-44 (2014).
- KOBERICH, S., Kabanian, A., Rothberg, C. I. & Albanan, J. Family witnessed resuscitation - experience and attitudes of German intensive care nurses. *Nursing in Critical Care* 15, 241-249 (2010).
- MULLIN, A. *Adult Patients: Transition Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer, 2010. 643p. ISBN: 9780307012446.
- MENEZES, Katia DN, SILVEIRA, Renata COP, GALVÃO, Cristina M. Resposta Imunológica: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. *Do Brasil: Contexto Editorial, Florianópolis*, Vol. 17, n. 4 (2009), p. 768-769.
- ORDEN DOS ENFERMEIROS. REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Telheense: Artes Gráficas*, 2012. 52p. Disponível na Internet: http://www.ordemdenfermeiros.pt/publicacoes/Documento%20REPE_V1.pdf
- FACHINI, Susana - *Cuidar a pessoa em fase terminal - Perspectiva ética*. 3ª Ed. Loures: Lusitânia, 2014. ISBN 978-989-80-75-38-3.
- ESKALIER, P., Gomes, V., Costa, A., Fraga, M. & Valdega, E. "Open Hospital" in emergency department: narrative review of literature. *SCENARIOS: Official Italian Journal of ANAESTHETICS* 11, 41-46 (2014).
- RICHARDS, T. *Enfermagem: Fundamentos para a prática de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva*. In: REME. Rev. Min. Enferm., 19(3): 454-462, jul./set. 2012.
- SILVEIRA, Adriano - *Atividade de Unidade de Cuidados: Pacientes Críticos*. *Revista de Enfermagem*, 2010, p. 269-278.
- STAYL, L. Death, anxiety and self preservation: the emotional labour of caring for families of the critically ill in adult intensive care. *Journal of Clinical Nursing* 18, 1267-1275 (2008).
- VIEIRA, Margarida- *Ser Enfermeiro: Da Competência à Profissão*. 2ª Ed. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2006, p. 138. ISBN: 978-972-54-0155-8.

